



Hanna Korkeakoski & Salla Paakinaho

”ME TSEMPATTIIN KAUHEASTI”

Kokemuksia painonhallintaryhmästä elintapamuutoksen tukena

”ME TSEMPATTIIN KAUHEASTI”

Kokemuksia painonhallintaryhmästä elintapamuutoksen tukena

Hanna Korkeakoski &
Saila Paakinaho
Opinnäytetyö
Syksy 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (amk)

Tekijät: Hanna Korkeakoski & Salla Paakinaho

Opinnäytetyön nimi: ”Me tsempattiin kauheasti” – Kokemuksia painonhallintaryhmästä elintapamuutoksen tukena

Työn ohjaajat: Maija Alahuhta & Irmeli Pasanen

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: syksy 2014

Sivumäärä: 59 + 9 liitesivua

Ylipaino on lisääntyvä, maailmanlaajuinen ongelma ja useiden sairauksien riskitekijä. Painonhallinta on keskeinen keino ehkäistä ylipainosta johtuvia terveysongelmia, ja se edellyttää usein pysyvien elintapamuutosten toteutumista. Ryhmäohjaus on toimiva ja taloudellinen menetelmä, jolla ihmisiä voidaan tukea tässä muutosprosessissa.

Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata, millaisia kokemuksia painonhallintaryhmään osallistujilla oli painonhallintaryhmästä elintapamuutoksen tukena. Tarkoitus oli myös kuvata millaisia elintapamuutoksia he toteuttivat ja mitkä tekijät auttoivat tai häirtasivat painonhallintaan liittyvien elintapamuutosten toteuttamista.

Tutkimukseen valittiin kolme eri painonhallintaryhmää Pohjois-Pohjanmaalta. Aineisto kerättiin kolmessa ryhmähaastattelussa, joihin osallistui yhteensä 13 painonhallintaryhmien toimintaan osallistunutta 34–74-vuotiasta naista. Haastatteluaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä, jonka tuloksena aineistosta muodostui kaksi yhdistävää luokkaa: *Kokemukset painonhallintaryhmästä* ja *Elintapamuutoksen toteutuminen*.

Tulosten perusteella kokemukset painonhallintaryhmästä ja ryhmäohjauksesta olivat pääasiassa myönteisiä. Painonhallintaryhmä koettiin tarpeelliseksi, ja sillä oli merkitystä painonhallintaan liittyvän elintapamuutoksen kannalta. Erityisesti arvostettiin ohjaajan asiantuntemusta sekä ryhmän tarjoamaa vertaistukea ja vuorovaikutusta. Myönteiset elintapamuutokset liittyivät terveyteen, ravitsemukseen, liikuntaan ja motivaatioon. Useat tekijät joko auttoivat tai häirtasivat elintapamuutoksen toteutumista.

Mahdollisuus aloittaa painonhallintakurssi omaan elämäntilanteeseen sopivana aikana, terveydentilan tiivis seuranta kurssin aikana ja kurssin riittävän pitkä kesto auttaisivat elintapamuutoksen toteuttamisessa. Tämän pohjalta painonhallintakursseja kannattaa järjestää tarpeeksi usein, riittävän pitkäkestoisesti ja säännöllinen seuranta huomioiden.

Asiasanat:

ylipaino, painonhallinta, elintapamuutos, ryhmäohjaus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Authors: Hanna Korkeakoski & Salla Paakinaho

Title of thesis: "And we urged her to go on" – Experiences of a weight loss group as a supporter of lifestyle change

Supervisors: Alahuhta, Maija & Pasanen, Irmeli

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2014

Number of pages: 59 + 9 appendix pages

Overweight and obesity are risk factors for many global health problems. It is possible to avoid those problems by losing weight. Maintaining the weight loss often requires changes in lifestyle, especially in nutrition and physical activity. Group counselling is a practical and economical method that can be used in supporting people in the process of lifestyle change.

The aim of this thesis was to research what kind of experiences people had with taking part in a weight loss group. We wanted to learn about the experiences of the group members, the kind of changes that took place and the way the group helped in putting the lifestyle changes into practise.

We found three suitable weight loss groups that were in action during the spring 2013. The research data was collected by interviewing thirteen people from the three different groups, after which the transcribed interviews were analysed by using content analysis. As a result we were able to define two themes: *Experiences of a weight loss group* and *Making a lifestyle change*.

The main result was that the experiences from a weight loss group and group counselling were mainly positive. The group was relevant to the lifestyle change and offered considerable support. Both the interaction with the group and the expertise of the group leader were held in high regard. A number of positive changes were made concerning health, nutrition, physical exercise and motivation. On the other hand, there were various factors that either helped in making the changes or harmed them.

When setting up a weight loss group, it is important that the group meets regularly and for a sufficient period of time. Furthermore, continuous follow-up might be a great help in losing weight and maintaining the lifestyle changes.

Keywords:

overweight, obesity, weight loss, lifestyle change, group counselling

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT.....	4
1 JOHDANTO.....	6
2 PAINONHALLINNAN TUKEMINEN RYHMÄOHJAUKSEN AVULLA.....	7
2.1 Ylipaino.....	8
2.1.1 Ylipainolle altistavia tekijöitä	9
2.1.2 Ylipainon seurauksia.....	10
2.2 Lihavuuden hoito	11
2.2.1 Laihduttaminen	12
2.2.2 Painonhallinta ja elintapamuutos	13
2.2.3 Elintapamuutoksen taustateorioita	14
2.3 Ohjaus painonhallinnan tukena	16
2.3.1 Ohjauksen periaatteita	17
2.3.2 Ryhmäohjaus.....	18
2.3.3 Ryhmäohjausmallit	19
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	22
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	23
4.1 Kohderyhmä	23
4.2 Aineiston keruu.....	24
4.3 Aineiston analyysi.....	26
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	30
5.1 Kokemukset painonhallintaryhmästä	30
5.1.1 Kurssin sisältö.....	31
5.1.2 Myönteiset kokemukset	32
5.1.3 Kielteiset kokemukset	34
5.1.4 Kokemukset ohjauksesta	35
5.2 Elintapamuutoksen toteutuminen	35
5.2.1 Myönteiset muutokset	36
5.2.2 Elintapamuutosta auttavia tekijöitä.....	37
5.2.3 Elintapamuutosta haittaavia tekijöitä.....	39
6 POHDINTA	41
6.1 Keskeisten tulosten tarkastelu	41
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	44
6.3 Tutkimuksen eettisyys	47
6.4 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet.....	48
6.5 Jatkotutkimusaiheita	49
LÄHTEET	51
LIITTEET	60

1 JOHDANTO

Painonhallinta ja elintapamuutos ovat mitä ajankohtaisin hoitotyöhön liittyvän opinnäytetyön aihe. Lihavuus on maailmanlaajuinen ongelma ja terveysriski (Ng ym. 2013, 1). Ennustetaan, että vuonna 2015 maailmassa olisi 1,5 miljardia ylipainoista ihmistä (World Health Organization 2009, 17), ja Suomessakin jo joka toinen yli 20-vuotias aikuinen on ylipainoinen (Ng ym. 2013, 9). Lihavuuden tiedetään altistavan monille kansansairauksille, mikä näkyy terveydenhuollossa kasvaneina rahallisina menoina (Taloussanomat 2011, viitattu 10.6.2013). Siten ylipainolla ja sen ehkäisyllä on paljon merkitystä paitsi yksittäiselle ihmiselle myös koko yhteiskunnalle.

Aikuisten lihavuuden hoidon lähtökohta terveydenhuollossa on ylipainon ottaminen puheeksi. Keskeistä on painonhallinta ja elintapamuutokseen kannustava ohjaus. Laihtumista voidaan tukea erittäin niukkaenergisien ruokavalion, lääkehoidon ja leikkaushoidon avulla. (Pietiläinen ym. 2011, 2; Järvi, keskustelu 27.3.2013.) Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin Perusterveydenhuollon yksikössä tehdään terveyden edistämisen kehittämistyötä, jonka yksi päämäärä on ryhmäohjauksen dokumentoinnin yhdenmukaistaminen (Järvi, keskustelu 27.3.2013; Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2011, 16–18). Opinnäytetyömme liittyy kyseiseen kehitystyöhön siten, että pyrimme selvittämään painonhallintaryhmiin osallistuneitten kokemuksia ryhmäohjauksesta ja heidän onnistumisestaan painonhallinnassa.

Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus, jonka aineisto on hankittu ryhmähaastatteluilla ja analysoitu sisällönanalyysillä. Tutkimuksen tarkoitus on kuvata kokemuksia painonhallintaryhmään osallistumisesta, ryhmäohjauksesta, käsitellyistä sisällöistä ja ohjausmenetelmistä. Tarkoitus on myös selvittää, mitkä tekijät auttavat onnistumaan painonhallinnassa ja mitä painonhallinnan ryhmäohjaukseen osallistuneet ajattelevat hyvästä ryhmäohjauksesta ja siitä, millaista osaamista painonhallinnan ryhmäohjaajalla tulee olla. Kokemuksellisen tiedon hankkiminen painonhallintaryhmiin osallistujilta on tärkeää, koska siten saadaan selville, mitä kyseisistä asioista ajattelevat juuri he, joita ne läheisimmin koskevat. Tämän tiedon pohjalta voidaan ryhmätoimintaa, ryhmäohjauksessa käytettäviä menetelmiä ja ryhmäohjaajien ohjaustapoja kehittää edelleen laadukkaammiksi ja vaikuttavammiksi.

2 PAINONHALLINNAN TUKEMINEN RYHMÄOHJAUKSEN AVULLA

Ylipaino on kaikkialla maailmassa kasvava ongelma (mm. International Association for the Study of Obesity 2011; Movahed, Bates, Strootman & Sattur 2011, 150; World Health Organization 2009, 17). Riski sairastua moniin kroonisiin sairauksiin ja kuolla ennenaikaisesti kasvaa ylipainon myötä (WHO 2009,v; Alahuhta 2010, 20–21). Merkittävästä ylipainosta seuraa myös muita ongelmia elämänlaadulle ja toimintakyvylle (Kaukua 2006, 43–44; Pietiläinen ym. 2011, 6) sekä kustannuksia terveydenhuollolle. Siksi painonhallinta on tärkeä tavoite sekä kansanterveyden että yksilön terveyden kannalta. Terveydenhuollon tiedottamisella, neuvonnalla ja suosituksilla pyritään vaikuttamaan ylipainon kehittymiseen jo ennalta.

Onnistunut painonhallinta merkitsee toisaalta ylipainon pudottamista (*weight loss*) ja toisaalta saavutetun laihdutustuloksen säilyttämistä (*weight loss maintenance*) (Heinonen 2006a, 141; Elfhag & Rössner 2005, 67–68.) Yleisesti ottaen laihtuminen ja etenkin painonhallinta laihduttamisen jälkeen on hankalaa (Elfhag & Rössner 2005, 67; Sarlio-Lähteenkorva 2002), koska ylipainon vähentäminen edellyttää useimmiten muutosta elintavoissa, jotka ovat muodostuneet ehkä pitkänkin ajan kuluessa. Laihduttamisen tukena suositetaan erittäin niukkaenergiaista ruokavaliota mutta myös lääke- ja leikkaushoito ovat lisääntyneet. (Pietiläinen ym. 2011, 2.) Ne eivät kuitenkaan ole ensimmäinen vaihtoehto, vaan onnistunut painonhallinta edellyttää pysyvien elintapamuutosten tekemistä ennen kaikkea ravitsemuksessa ja liikunnassa. Pienetkin päivittäiset muutokset, kuten arkiliikunnan lisääminen ja säännöllinen ateriaritmi, tukevat merkittävästi painonhallintaa. (Alahuhta 2010, 23–25; Vasankari 2008, viitattu 29.4.2014.)

Muutosten tekeminen elintapoihin ei ole helppoa. Aihetta on tutkittu paljon, ja on pyritty kehittämään ohjausmenetelmiä ja -malleja, joilla elintapamuutosta voitaisiin tukea parhaiten (mm. Alahuhta 2010; Elfhag & Rössner 2005; Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006). Elintapamuutosta tukemalla ehkäistään myös lihavuuden seurauksena kehittyviä sairauksia. Ryhmäohjaus on todettu tehokkaaksi ja taloudelliseksi painonhallinnan tukimuodoksi (Pietiläinen ym. 2011, 8; Turku 2007, 87). Suomen Diabetesliiton ja Suomen Sydänliiton Pieni Päätös Päivässä -ryhmäohjausmalli, Suomen Sydänliiton Oman Terveyden Avaintekijät -ohjauskartta ja Sosiaali- ja terveystieteiden Helmen malli ovat esimerkkejä käytössä olevista painonhallinnan ryhmäohjaukseen kehitetyistä malleista (Heinonen ym. 2004; Pusa, Alapappila, Kara & Turku 2010; Sosiaali- ja terveystieteiden Helmi 2013a).

Kaikki ylipainoiset eivät kuitenkaan pääse julkisen terveydenhuollon järjestämään ilmaiseen hoitoon (Pietiläinen ym. 2011, 7). Esimerkiksi Helmen elämäntaparyhmiin valitaan vain merkittävästi ylipainoisia henkilöitä, joiden painoindeksi on yli 35 kg/m², sekä henkilöitä, joiden painoindeksi on yli 30 kg/m² ja jotka saavat Tyypin 2 diabeteksen riskitestistä yli 12 pistettä (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Helmi 2013b; Suomen Diabetesliitto 2013a; Liite 4).

2.1 Ylipaino

Kehonpainonmäärittämiseen käytetään yleisesti *painoindeksiä*. Se lasketaan kaavalla (1), jossa henkilön paino suhteutetaan hänen pituutensa neliöön (*body mass index*, BMI).

$$BMI = kg/m^2 \quad (1)$$

Normaalipainon rajat ovat 18,5–24,9 kg/m². Ylipainon raja on painoindeksin 25 kohdalla. Merkittävästä ylipainosta eli lihavuudesta, joka on terveydelle haitallista, puhutaan painoindeksin ollessa 30 tai enemmän. Sairaalloisesta lihavuudesta on kyse, kun BMI ≥ 40. (mm. Kaukua 2006, 50; Pietiläinen ym. 2011, 3; WHO 2009, 17.)

Painoindeksi ei kuitenkaan kerro *kehonkoostumuksesta* eli siitä, missä suhteessa kehossa on rasva- ja lihaskudosta tai nestettä. Sen vuoksi painoindeksi ei ole luotettava menetelmä esimerkiksi erittäin lihaksikkaiden henkilöiden painoa arvioidessa. Ylipainoisuudessa on kysymys nimenomaan rasvakudoksen suhteettoman suuresta määrästä kehossa, ja terveydelle haitallisempaa on rasvan kertyminen erityisesti sisäelimiin ja vatsaonteloon ihonalaisen kerroksen sijaan. (Pietiläinen ym. 2011, 4.)

Vyötärön ympäryksen mittaaminen on hyvä keino, jolla voidaan arvioida rasvakudoksen osuutta elimistössä. (Pietiläinen ym. 2011, 4.) Mittaamalla lisäksi lantion ympäryys ja jakamalla se vyötärön ympäryksellä, saadaan kaavalla (2) selville vyötärön ja lantion suhde.

$$\frac{\text{vyötärön ympäryys (cm)}}{\text{lantion ympäryys (cm)}} \quad (2)$$

Vyötärön ympäryksmitan raja-arvoina pidetään miehillä 94 ja naisilla 80 cm:ä, joiden ylittyminen kertoo lievästä terveyshaitasta. Miehillä yli 102 ja naisilla yli 88 cm:n mittainen vyötärön ympäryys

kertoo merkittävästä terveyshaitasta. (International Diabetes Federation 2006, 2; Pietiläinen ym. 2011; Suomen Sydänliitto ry 2012.) Ns. vyötärölihavuudesta (*abdominal obesity*) puhutaan, kun vyötärö-lantio-suhdeluku on yli 0.90 miehillä ja yli 0.85 naisilla. (WHO 2011, 27.)

2.1.1 Ylipainolle altistavia tekijöitä

Maailmanlaajuisesti lihomisen syyt liittyvät lisääntyneeseen ruoan energiapitoisuuteen, vähentyneeseen liikuntaan ja muutoksiin ruokavalion koostumuksessa (Ng ym. 2013, 13). Rasvan, sokerin ja alkoholin kulutus ovat kasvaneet, ruoka-annokset suurentuneet ja liiallinen runsaskalorien välipalojen nauttiminen yleistynyt. (Männistö ym. 2012, 1; Fogelholm & Hakala 2006, 140–141.) Elintason vaikutus väestön lihomiseen ja toisaalta laihtumiseen nähtiin selvästi 30 vuoden seuranta-ajanjaksolla Kuubassa; talouskriisin vuosina 1991–1995 kuubalaisten ravinnon saanti heikkeni ja fyysinen aktiivisuus lisääntyi niin, että sen seurauksena koko väestö laihtui keskimäärin viisi kiloa. Elintason alkaessa nousta vaikeiden vuosien jälkeen alkoi fyysinen aktiivisuus vähitellen laskea ja energian saanti samaan aikaan kohota. Tämän seurauksena kuubalaisilla on ylipainoa tällä hetkellä melkein kolminkertaisesti vuoteen 1995 verrattuna. (Franco ym. 2013.)

Yksilötasolla lihavuuden syntyyn vaikuttavat sekä perintö- että ympäristötekijät. Energiansaannin ei tarvitse päivittäin ylittää paljoakaan kulutusta, kun ajan mittaan ylipainoa kertyy lähes huomaamatta. (Mustajoki & Leino 2002, 22–23.) Lihavuudelle altistavat myös muun muassa liikkumattomuus, ikä, sukupuoli, sosiaaliluokka ja harvinaiset geneettiset sairaudet. (Uusitupa 2007, 375–376.) Painonhallintaan liittyvät ongelmat ovat erilaisia myös sukupuolesta riippuen: naisten lihavuus on usein yhteydessä moniin taloudellisiin ja sosiaalisiin ongelmiin, jotka miehillä liittyvät pikemminkin alipainoon (Sarlio-Lähteenkorva 2002). Se, mikä ihmisen altistaa ylipainolle, vaihtelee yksilöittäin (Uusitupa 2006b, 86–88).

Vaikka lihavuus johtuu vain harvoin sairaudesta, muun muassa kilpirauhasen vajaatoiminta, kortisonin liikatuotanto ja eräät oireyhtymät aiheuttavat ylimääräisen painon kertymistä (Mustajoki, Rissanen & Uusitupa 2006, 159). Myös eräät psyykenlääkkeet voivat altistaa lihomiselle hidastamalla perusaineenvaihduntaa (Koponen 2011, 730).

2.1.2 Ylipainon seurauksia

Ylimääräinen rasvakerros suojaa osteoporoosilta, ja se on hyvä energiavarasto pahan päivän varalle. Lihavuus on kuitenkin merkittävä terveyshaitta, jos siihen liittyy muita sairauksia, ja jos ylimääräinen rasva on kertynyt erityisesti keskivartalon alueelle ja sisäelimiin (Uusitupa 2006a, 37). Liiallinen rasvakudos vatsaontelon sisällä vaikuttaa epäedullisesti sokeri- ja rasva-aineenvaihduntaan, kolesterolin muodostukseen, insuliiniresistenssiin ja verenpaineeseen. Lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaan ylipaino lisää sydän- ja verisuonisairauksien sekä diabeteksen riskin lisäksi myös astman, dementian, depression, hedelmättömyyden ja raskauskomplikaatioiden, kihdin, maksa-, munuais-, sappi- ja haima-sairauksien, nivelrikon, syövän ja uniapnean riskiä. Kuolemanvaarakin kasvaa merkittävästi ylipainoisella. (Pietiläinen ym. 2011, 2, 5-6.) Ylipaino on selkeä ja tiedostettu riskitekijä kohonneelle verenpaineelle (Movahed ym. 2011, 150), joka lisää muun muassa aivohalvauskuolleisuutta ja lyhentää sen myötä tuntuvasti eliniän odotetta. (Jula ym. 2009, 3.)

Hiljattain julkaistussa tutkimuksessa todettiin, että kun kokonainen kansakunta Kuubassa laihtui keskimäärin 4-5kg, vähenivät muun muassa diabeteksen ja sepelvaltimotaudin esiintyvyys sekä kyseisistä taudeista johtuva kuolleisuus huomattavasti väestötasolla. Elintason kohotessa kriisin jälkeen tapahtui päinvastoin. (Franco ym. 2013.) Tyypin 2 diabeteksen puhkeamisessa elintavoilla on paljon merkitystä: ylipaino ja liikunnan vähäisyys ovat sen tärkeimmät riskitekijät, ja jo 5 %:n laihduttaminen diabeteksen varhaisessa vaiheessa voi riittää korjaamaan sokeritasapainon (Tuomilehto ym. 2001, 1343, 1347.)

Metaboliseen oireyhtymään liitetään erityisesti vyötärölihavuus (Uusitupa 2001, 621). Tästä aineenvaihdunnan häiriötilasta on kysymys silloin, kun henkilöllä ilmenee kolme seuraavista terveyttä vaarantavista tekijöistä: häiriintynyt sokeriaineenvaihdunta, kohonnut verenpaine, veren suurentuneet triglyseridiarvot, veren pienentyneet HDL-kolesteroliarvot tai keskivartalolihavuus. (Laakso 2005, 1521; Uusitupa 2006a, 31.)

Riippumatta muista elämäntavoista ylipaino lisää miehillä useiden syöpäsairauksien riskiä. Naisilla lihavuus lisää kohdun runko-osan ja rintarauhasen syövän vaaraa. (Uusitupa 2006a, 35.) Raskausaikana riskit lapsen liian suureen syntymäpainoon, vaikeaan synnytykseen ja jopa sikiökuolemaan kasvavat ylipainon seurauksena oleellisesti. Ylipainoisten naisten vastasyntyneet lapset tarvitsevat myös enemmän tehohoitoa verrattuna normaalipainoisten äitien lapsiin.

(Raatikainen & Heinonen 2006, 2421–2422.) Ylipainolla on selkeä yhteys myös hedelmättömyyteen sekä häiriintyneen kuukautiskierron että lisääntyneen keskenmenon vaaran takia. (Morin-Papunen & Tapanainen 2005, 1899.) Toisaalta ylipaino voi heikentää huomattavasti ehkäisy pillereitten tehoa (em. 1903).

Lieväkin ylipaino lisää herkästi riskiä yöllisiin hengityskatkoksiin, ja henkilöistä, joilla painoindeksi ylittää 40 kg/m², noin puolet sairastaa uniapneaa. Miehillä riski on naisia suurempi johtuen muun muassa eroista ylähengitysteiden lihasten toiminnassa ja rasvan kertymisestä hengitysteihin. (Saaresranta ym. 2010, 2, 4-5; Pietiläinen 2011, 5–6.) Ylipaino on rasite myös tuki- ja liikuntaelimestölle ja lisää osaltaan huomattavasti nivelsairauksien riskiä. Kehon kuormituksen kasvu kohdistuu tavallisimmin polviin ja lonkkiin, jotka ovat herkkiä kulumaan ja vaurioitumaan ylimääräisen rasituksen alla. Ylipainoisilla myös jalkaterän ja käden pikkunivelten nivelrikot ja niistä johtuvat säryt ovat yleisiä. (Uusitupa 2006a, 35.)

Painon noustessa merkittävästi elämänlaatu voi huonontua (Sarlio-Lähteenkorva 2002), ja siitä voi aiheutua ahdistuneisuutta ja masennusta. (Pietiläinen ym. 2011, 6.) Häiriöt syömiskäyttäytymisessä sekä fyysisen aktiivisuuden vähäisyys vaikuttavat elämänlaatuun monella tavalla. Esimerkiksi ahmimishäiriöt ja syömisen salailu hankaloittavat sosiaalista elämää ja altistavat psyykkisellekin oireilulle. Liikkumattomuudesta johtuvat säryt ja jopa vuosia kestävät kroonistuneet kiputilat heikentävät etenkin liikkumattoman ylipainoisen elämänlaatua. Nämä tekijät vaikuttavat myös olennaisesti päivittäiseen mielialaan ja siihen, millaisena ylipainoinen kokee itsensä. (Kaukua 2006, 44.)

2.2 Lihavuuden hoito

Lihavuuden hoitomuoto riippuu lihavuuden vaikeusasteesta, potilaan elämäntilanteesta sekä hänen jo mahdollisista sairauksistaan. Myös potilaan oma tahto, motivaatio ja hoitoon sitoutuminen vaikuttavat siihen, mikä hoitomuoto valitaan kenellekin ja minkä uskotaan tuottavan parhaiten tuloksia. (Mustajoki ym. 2006, 162–163; Elfhag & Rössner 2005, 77.)

Keskeistä on tukea laihtumista ja pitkäjänteistä painonhallintaa sekä elintapaohjauksella että muilla lääketieteen keinoilla, koska pienilläkin muutoksilla on paljon merkitystä terveyden kannalta. Suhteellisen vähäinen, jo 5–10 %:n painonpudotus vähentää ylipainoisen henkilön sairastumisriskiä lihavuuden liitännäissairauksiin (Pietiläinen ym. 2011, 15–16; Mustajoki, Gylling

& Malmivaara 2009, 41–42) normalisoimalla aineenvaihduntaa ja korjaamalla kolesteroliarvoja (Heinonen 2006b, 140; Pietiläinen ym. 2011, 2.).

2.2.1 Laihduttaminen

Ravitseminen ja liikunta

Tasapainoinen ja monipuolinen ruokavalio on merkittävä osa kokonaisvaltaista terveyttä ja oleellinen asia painonhallinnassa (Fogelholm, Hakala ym. 2014, 11). Laihtumisen edellytys on, että ihminen saa ravinnosta vähemmän energiaa kuin hän päivän aikana kuluttaa. Tällöin elimistö pääsee polttamaan ylimääräisiä rasvavarastoja. Järkevä keino pudottaa painoa on vähentää päivittäistä energian saantia noin 500 kcal suhteessa henkilökohtaiseen energiantarpeeseen. (Heinonen 2006a, 141–142.) Pieni vaje tuottaa hitaan mutta terveellisen laihtumisvauhdin ja merkitsee pysyvämpiä muutoksia kuin lyhyet kuuriluontoiset laihdutusmenetelmät. (Mustajoki & Leino 2002, 28.)

Jos potilaan painoindeksi on yli 30, voidaan laihdutusprosessin alussa käyttää erittäin niukkaenergiaista dieettiä (*ENED, very low energy diet, VLED*). ENED-hoidon aikana nautitaan vain 800 kcal vuorokaudessa, joten se ei sovellu esimerkiksi vaikeasti sairaille eikä raskauden ja imetyksen aikana. (Pietiläinen ym. 2011, 16.)

Liikunta yhdistettynä energiavajeeseen tehostaa laihtumista. Fogelholmin ym. (2006, 144) mukaan ylipainoiselle suositellaan kohtuullisesti rasittavaa liikuntaa säännöllisesti tunnin verran päivässä. Ylipainoiselle sopivia lajeja ovat esimerkiksi kävely, pyöräily ja uinti. Tämän lisäksi on hyvä harrastaa kohtuullisesti kuormittavaa lihaskuntoharjoittelua esimerkiksi kuntosalilla yhdestä kahteen kertaan viikossa. (Fogelholm 2011, 121–122.)

Lääkehoito

Laihduttamista voidaan tukea muutamilla lääkkeillä, joista Suomessa on käytössä vain *orlistaatti*. Sitä on saatavilla sekä reseptillä (Xenical®) että itsehoitovalmisteina (Alli®, Orlistat Sandoz®). *Orlistaatti* estää haiman lipaasientsyymin toimintaa ja siten rasvan imeytymistä elimistöön. (Duodecim 2013, viitattu 14.6.2013; Pietiläinen ym. 2011, 18; Mustajoki ym. 2009, 42.) Lääkehoidossa potilaan oma motivaatio laihtua ja muuttaa omia syömis- ja liikuntatottumuksiaan ovat hyvin tärkeitä, ja hänen tulee saada riittävästi kannustavaa ohjausta ja neuvontaa, jotta lääkehoidosta olisi hyötyä. (Pietiläinen ym. 2011, 18.)

Leikkaushoito

Lihavuusleikkaus voidaan toteuttaa eri menetelmillä. Suomessa käytetään yleisimmin mahalaukun ohitusta, mahalaukun kavennusta tai pantaleikkausta. (Victorzon, Koivukangas, Gylling, Kumpulainen & Ikonen 2009, 46). Oulun yliopistosairaalassa ei kuitenkaan tehdä enää pantaleikkauksia, ja ne ovat harvinaistumassa muuallakin vähäisemmän laihtumisvaikutuksen ja suurempien komplikaatioriskien takia (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013; Järvi 2013b). Leikkauksen jälkeen potilas kykenee syömään vain hyvin pieniä määriä ruokaa kerrallaan, ja laihtuu syntyvän energiavajeen ansiosta. (Mustajoki ym. 2006, 163.)

Leikkaushoito on vaihtoehto 18–65-vuotiaille, motivoituneille potilaille, joilla painoindeksi ylittää 40 kg/m². Käypä hoito-suosituksen mukaan leikkaukseen voivat päästä myös henkilöt, joilla painoindeksi on yli 35 kg/m² ja jotka jo kärsivät lihavuudesta johtuvista liitännäissairauksista. (Pietiläinen ym. 2011, 19.)

2.2.2 Painonhallinta ja elintapamuutos

Sanalla *hallinta* on eri vivahteita: toisaalta se merkitsee ensiksikin jonkun asian *hallitsemista, valvontaa ja johtoa* mutta myös *käsittelykykyä ja kurissapitoa* sekä toisaalta *taitoa ja osaamista*. (Suomen kielen perussanakirja 2001.) Painonhallintakaan ei ole pelkästään kilojen kontrollointia. Kun painonhallinta onnistuu pysyvästi, kysymys on varsin kokonaisvaltaisesta elämäntapojen muutoksesta (Elfhag & Rössner 2005, 75). Tämän tyyppisessä käyttäytymisen muutoksessa tarvitaan sekä oppimista että poisoppimista (Absetz & Hankonen 2011, 2265): on sisäistettävää uutta tietoa ja uusia tapoja sekä luovuttava vanhoista tottumuksista ja käsityksistä.

Onnistuneen painonhallinnan edellytyksenä on pysyvä ruoka- ja liikuntatottumusten muutos, joka vaatii jatkuvaa tarkkailua ja tietoista kontrollia sekä joustavia toimintatapoja erilaisissa ruokailuun liittyvissä tilanteissa. Vaativan elintapamuutoksen vastikkeena pitääkin olla jotain palkitsevaa ja motivoivaa. Siksi pysyvä laihtuminen voi onnistua vain, jos laihtumisella on myönteisiä vaikutuksia elämään. (Sarlio-Lähteenkorva 2002.) Lupaavinta pysyvien tulosten kannalta on, jos laihtumiseen on vahva sisäinen tarve ja riittävästi luottamusta omiin kykyihin tavoitteen saavuttamiseksi (Elfhag & Rössner 2005, 76–77). Elintapamuutos onnistuu henkilöltä, joka on siihen valmis ja jolla on muutoksen toteuttamiseen riittävästi voimavaroja (Turku 2007, 48–49; Elfhag & Rössner 2005, 71).

Hyvä ja pysyvän painonhallinnan kannalta realistinen tavoite sijoittuu jopa vuosien päähän, minkä aikana pysyvät muutokset elämäntavoissa voidaan omaksua. (Mustajoki 2010, 17.) Painonhallinnalle on riski, ellei terveellisten ruokailu- ja liikkumistottumusten ylläpitäminen onnistu (Alahuhta 2010, 28).

2.2.3 Elintapamuutoksen taustateorioita

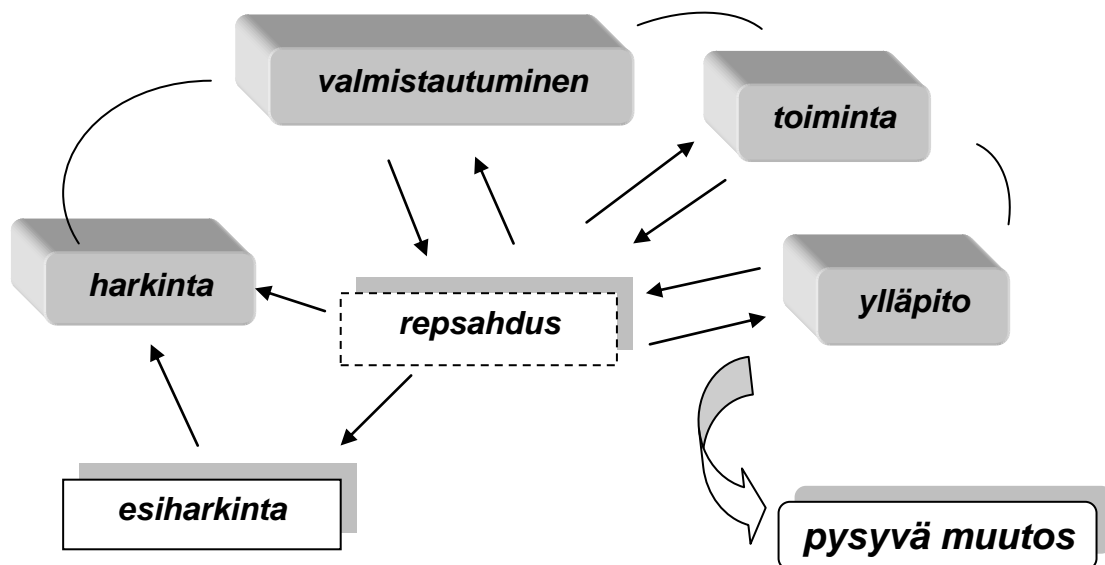
Tieto siitä, mitkä asiat vaikuttavat motivaatioon ja mitä pysyvän elämänmuutoksen toteutuminen edellyttää, on lisääntynyt. Sen lisäksi käsitys potilaan ja ammattihenkilön suhteesta ja rooleista on muuttunut: ns. ammattihenkilölähtöisyydestä on siirrytty neuvottelevaan suhtautumiseen potilaaseen ja sen myötä yhä enemmän potilaslähtöiseen ajatteluun. Hoitomyöntyvyyden sijaan puhutaankin hoidosta sopimisesta. Tällöin ammattihenkilön asiantuntijuus on potilaan käytettävissä, ja potilas itse tekee viime kädessä päätökset esimerkiksi tarvitsemastaan elintapamuutoksesta. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009, 2352–2353.) Onnismaan (2007, 25) sanoin ”liialliset neuvot estävät - - ohjattavan valtautumista omien ratkaisujensa tekijäksi”.

Valtautumisessa lienee kysymys samasta asiasta kuin *voimaantumisessa* (*empowerment*, sisäinen voimantunne), joka on muutoksiin ja hyvinvointiin läheisesti liittyvä käsite. Kun ihminen voimaantuu, löytää hän luottamuksen omiin voimavaroihinsa ja kykyihinsä selvitä vastaantulevista haasteista. Voimaantuminen tapahtuu hyvin samaan tapaan kuin motivoituminenkin, ja se vaikuttaa suoraan muun muassa sitoutumiseen sekä yksilön mahdollisuuksiin hyödyntää omia voimavarojaan (Siitonen 1999, 96, 99). Vaikka ”toinen ihminen ei voi antaa voimaa toiselle” (em. 118), sisäisen voimantunteen vahvistumista voidaan kuitenkin tukea. Esimerkiksi arvokkuuden tunteen lisääntymisellä on paljon merkitystä voimavarojen kannalta. Myös vapaus, hyväksyntä, turvallisuus, rohkaisu, luottamus ja tasa-arvoisuus mahdollistavat sisäisen voimantunteen vahvistumisen. (em. 99, 117.)

Koherenssintunne (*sense of coherence*) auttaa ihmistä suhtautumaan elämään ymmärrettävänä, hallittavana ja merkityksellisenä. Sillä on todettu olevan vahva yhteys hyvään terveyteen ja toisaalta selviytymiseen sairauden kanssa. (Suominen & Lindström 2008, 337–338.) Koherenssin tunne auttaa myös siirtymään kohti parempaa terveyttä, ja sen vahvuus on merkittävä tekijä, joka saa ihmisen ylläpitämään ja kehittämään terveyttään. (Antonowsky 1996, 15).

Antonowsky puhuu terveys-sairaus –jatkumosta (*health-disease continuum*) ja kuvaa eroa ns. *patogeenisen* ja *salutogeenisen* eli sairaus- tai terveyskeskeisen ajattelutavan välillä: salutogeenistä suhtautumista on pyrkä auttamaan eri tilanteissa olevia – myös jo sairastuneita tai pian kuolevia - ihmisiä siirtymään jatkumolla kohti parempaa terveyttä, kun patogeenisyydelle puolestaan luonteenomaista on keskittyä diagnoosiin ja sairauden riskitekijöihin sekä samastaa henkilö sairauteen. (Antonowsky 1996, 14.)

Transteoreettinen muutosvaihemalli (*transtheoretical model of change, TTM*) kuvaa kaavamaisesti vaiheita, joita elämäntapamuutokseen kuuluu (Klaukka, Helin-Salmivaara & Ilanne-Parikka 2001; Mustajoki 2003; Alahuhta, Korkiakangas, Jokelainen, Husman, Kyngäs & Laitinen 2009). Kyseisen mallin mukaan (kuvio 1) pysyvää muutosta edeltää viisi vaihetta, jotka voivat seurata toisiaan suoraviivaisesti. Tavallisempaa on kuitenkin, että muutosprosessiin kuuluu useita ns. repсахduksia eli taantumia aiempiin muutosvaiheisiin ja edistyminen tapahtuu pikemminkin spiraalimaisesti vaiheesta seuraavaan edeten ja välillä aiempiin vaiheisiin palaten. (Prochaska, DiClemente & Norcross 1992, 1104–1105.)



KUVIO 1. Muutoksen vaiheet.

Muutosmallin mukaisesti *esiharkintavaiheessa* (*precontemplation*) oleva henkilö ei koe tarvetta muutokseen eikä suunnittele sitä, *harkinta- ja valmistautumisvaiheitten* (*contemplation, determination*) kautta edetään *toimintavaiheeseen* (*action*) ja vihdoin *ylläpitovaiheeseen* (*maintenance*), jossa uudet tavat ovat vakiintuneet, vaikka repсахdukset (*lapse, relapse*) ovatkin mahdollisia. *Päätös vaiheeksi* nimitetään elämäntapamuutoksen onnistumista, jolloin pelkoa

paluusta entiseen ei enää ole (*termination, permanent lifestyle change*). (Prochaska ym. 1992, 1103–1104; Turku 2007, 55–63; Prochaska J.O. 2008, 845–846; Alahuhta ym. 2009, 149.)

Kun terveydenhuollon ammattilainen kohtaa elämäntapamuutosta tarvitsevan asiakkaan, on tärkeää tunnistaa, miten valmis asiakas on muutokseen, ja sopeuttaa ohjaus asiakkaan lähtökohtiin (Alahuhta ym. 2009, 149; Klaukka ym. 2001, 2409; Mustajoki 2003, 4236; Turku 2007, 55). Jos asiakkaalla on takanaan jo ennestään kokemuksia painonpudotuksesta ja mahdollisia epäonnistumisiakin painonhallinnassa, on myös siitä etua, koska saatuja kokemuksia voi hyödyntää muutosprosessissa (Klaukka ym. 2001, 2410; Turku 2007, 60).

Muutoksen hyviä ja huonoja puolia (*pros and cons*) punnitaan erityisesti harkintavaiheessa (Prochaska ym. 1992, 1103). Jotta henkilö tekisi päätöksen muuttaa elintapojaan, tulee hänen mielestään muutoksesta olla enemmän etua kuin haittaa. Sillä, että muutoksen hyvät puolet alkavat saada vähitellen enemmän painoarvoa huonoihin puoliin verrattuna, on merkitystä koko muutosprosessin aikana (Prochaska ym. 2008, 846–848). Päätöksen tekeminen (*decision making*) liittyy läheisesti em. arvostuksen muutokseen ja on keskeistä etenkin harkintavaiheessa: siitä riippuu, mihin käytännön toimiin henkilö lopulta ryhtyy. (Prochaska ym. 1992, 1103; Prochaska 2008, 846–847.)

2.3 Ohjaus painonhallinnan tukena

Laihdutuksen, painonhallinnan ja niihin liittyvän elintapamuutoksen kohdalla ympäristöstä ja läheisiltä saatu sosiaalinen tuki on erityisen tärkeää, koska kyseessä on paljon voimavaroja vaativa prosessi, johon kuluu myös taantumavaiheita ja motivaation vaihtelua. Myös ulkopuolisella ohjauksella on merkitystä. (Elfhag & Rössner 2005, 71.)

Potilasohjaus kuuluu keskeisesti hoitotyöhön, ja ohjausta terveelliseen ruokavalioon ja liikunnan lisäämiseen antavat terveydenhuollon ammattilaiset. Käytettävistä resursseista ja potilaan tilanteesta riippuu, järjestetäänkö elintapaohjausta terveydenhuollossa yksilö- vai ryhmäohjauksena. Käytännössä ohjaustilanteet voivat olla vuorovaikutukseltaan hyvin erityyppisiä, koska kysymys voi olla esimerkiksi kertaluonteisesta tiedon välittämisestä, pitkäkestoisesta tukemisesta tai opettamisesta. (Kääriäinen 2007, 27–29.) Elintapamuutokseen liittyvän ohjauksen tulisi kuitenkin kestää riittävän kauan (Klaukka ym. 2001; Turku 2007, 62).

2.3.1 Ohjauksen periaatteita

Lahtinen (2006, 7) mukaan terveydenhuollon eettisiä periaatteita ovat ”potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonto”. Myös lakien ja asetusten velvoittamana ohjauksen tulee olla samalla tavalla ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioittavaa kuin muunkin hoitotyön. (Lahtinen 2006, 7.)

Laadukas potilasohjaus on potilaslähtöistä, jolloin ohjauksessa otetaan huomioon potilaan kokonaistilanne (Kääriäinen 2007, 33; Mustajoki 2003, 4236). Huomionarvoista on se, että ohjaus ei ole sama asia kuin terapia, vaikka niissä on paljon yhteistäkin (Onnismaa 2007, 27–29, 40). Muutosprosessiin kuuluu läheisesti myös ns. *muutosvastarinta*, joka herää helposti ulkoapäin annettujen ohjeiden ja kehotusten seurauksena (Mustajoki & Kunnamo 2009, viitattu 3.4.2014; Rollnick, Miller & Butler 2008, 7; Mustajoki 2003, 4235;) tai pelosta uuden tilanteen edessä (Onnismaa 2007, 40). Turku (2007, 62–63) toteaa, että ohjauksella ei voi juuri vauhdittaa kenenkään henkilökohtaista muutosprosessia. Toisaalta ohjauksella, johon sisältyy esimerkiksi suostuttelua tai varoittelua, voi hyvinkin olla haitallista vaikutusta (Absetz & Hankonen 2011, 2268–2270). Turku (2007, 30) kiteyttääkin useiden tutkimusten tulokset oivallisesti todetessaan, että ohjauksessa on hedelmällisempää keskittyä ohjattavan tämänhetkiseen elämäntilanteeseen ja suunnata huomio tulevaisuuteen riskitekijöiden korostamisen ja syyllistämisen sijaan.

Elintapamuutoksessa auttavia hyviä ohjausmenetelmiä ovat etenkin motivoiva haastattelu ja sen lisäksi ohjaaminen havainnoimaan omaa käyttäytymistä yhdistettynä tavoitteitten asettamiseen toiminnalle (Absetz & Hankonen 2011, 2268–2269; Mustajoki & Kunnamo 2009). Menetelmät, jotka vahvistavat sisäistä voiman ja koherenssin tunnetta, synnyttävät sisäistä motivaatiota ja sen myötä myös elintapamuutos muodostuu kestävämmäksi (em. 2270).

Motivoivan haastattelumenetelmän (*motivational interviewing, MI*) lähtökohta on, että jokaisella ihmisellä on päämääriä ja pyrkimyksiä. Motivoivalla haastattelulla pyritään ensisijaisesti ymmärtämään näitä lähtökohtia ja motivaatiota sekä voimaannuttamaan (*empower*) asiakasta rohkaisemalla toivoa ja optimismia. Siksi empaattinen kuunteleminen on olennaista, toisaalta kannattaa vastustaa tarvetta antaa neuvoja ja ohjeita, koska menetelmän pääperiaate on herättää asiakkaan oma halu ja oma motivaatio muutokseen. Koska muutoksen toteuttaa aina ihminen itse, voi menetelmää luonnehtia yhteistyön tekemisenä asiakkaan ja hoitajan kesken.

Myös asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on keskeistä. (Rollnick, Miller & Butler 2008, 5-7.)

Niin potilaan kuin hoitajankin taustatekijät vaikuttavat siihen, miten ohjaus lopulta onnistuu. Toimiva ohjaussuhde on vuorovaikutteinen suhde, jossa sekä ohjattava ja ohjaaja ovat aktiivisia ja hoitavat oman osuutensa: potilaan on tärkeää ottaa vastuu omasta toiminnastaan, ja ohjaajalle kuuluu vastuu ammatillisuudesta. (Kääriäinen 2008, 10–12; Onnismaa 2007, 27.) Mitä syvällisempää oppimista ja pysyvämpää muutosta tavoitellaan, sitä aktiivisempi on ohjattavan roolin oltava (Turku 2007, 17). Kuten Onnismaa (2007, 25) toteaa: ”Tärkein tieto on ohjattavalla itsellään”.

Ohjausta on tärkeää arvioida pitkin matkaa, jotta nähdään, millaista ohjaus on ollut, millaista vaikutusta sillä on ollut ja miten se on onnistunut. Sekä ohjaajan että asiakkaan kannalta on tärkeää arvioida sekä onnistumisia että epäonnistumisia, koska niiden pohjalta saa tukea omaan toimintaan ja voi tehdä siihen tarvittavia muutoksia. (Kyngäs ym. 2007, 45–46; Turku 2007, 84.)

2.3.2 Ryhmäohjaus

Ihminen oppii tehokkaasti, kun hän saa yksilöllistä ohjausta, mutta myös ryhmäohjauksella on paljon etenkin vuorovaikutukseen liittyviä hyviä puolia, ja sillä saadaan yhtä lailla tuloksia aikaan kuin henkilökohtaisella ohjauksella (Turku 2007, 87; Pietiläinen ym. 2011, 8). Ohjauksen järjestäminen useammalle henkilölle kerrallaan on myös taloudellista (Klaukka ym. 2001, 2410; Pietiläinen ym. 2011, 8; Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 87).

Jotta ryhmässä voitaisiin kokea yhteenkuuluvuutta ja turvallisuutta, on ryhmäläisten sitouduttava toimintaan, ryhmän vuorovaikutuksen on toimittava ja ryhmällä on oltava yhteinen tavoite (Kopakkala 2005, 190). Kaikilla ei ole mahdollisuutta tai halua osallistua ryhmätoimintaan. Ryhmään osallistuminen antaa kuitenkin voimavaroja ja tuo mukanaan toisten ryhmäläisten vertaistuen (Vänskä ym. 2011, 87; Turku 2007, 88). Kun ryhmä on toimiva, voi muiden samassa tilanteessa olevien läsnäolo saada toivon heräämään, lisätä hyväksyntää sekä auttaa suhteuttamaan omaa tilannetta ja vähentämään minäkeskeisyyttä. Hyvä ryhmä mahdollistaa myös tunteitten jakamisen ja itsetuntemuksen kasvamisen sekä vastuun ottamista omasta elämästä. (Kyngäs ym. 2007, 106.) Kun ryhmä on riittävän pieni (9-15 henkilöä), voidaan

ohjauksessa ottaa huomioon osallistujien henkilökohtaisia tarpeita ja hyödyntää samalla ryhmän dynamiikkaa (Vänskä ym. 2011, 92).

Painonhallintaryhmän ohjaaja on terveydenhoitoalan asiantuntija - useimmiten terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja - joka on paitsi painonhallintaan liittyvien asioiden myös ryhmäohjauksen osaaja. Hänellä on useita tehtäviä, joissa hyvät vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot korostuvat. Ryhmäohjaaja on vastuussa siitä, että ryhmässä on turvallista olla ja että siinä toimitaan tavoitteitten mukaisesti. Ohjaajan tehtävä on myös järjestää ryhmän toiminnalle olosuhteet ja ympäristö sekä huolehtia aikatauluista. (Kynäs ym. 2007, 107–111.) Ryhmäohjaaja kannustaa ja motivoi ryhmää ja osaa ottaa jokaisen ryhmäläisen huomioon myös yksilönä (Vänskä ym. 2011, 96).

2.3.3 Ryhmäohjausmallit

Osallistuminen julkisen terveydenhuollon järjestämiin painonhallinnan ryhmiin on yleensä maksutonta. Ryhmän toimivuuden kannalta on tärkeää, että ryhmäläiset ovat mahdollisimman samanlaisessa tilanteessa. Siksi ryhmiin pääsemiseksi on asetettu tiettyjä valintaehtoja. Eri ryhmäohjausmalleissa voi olla suuria eroja kokoontumiskertojen ja tapaamistiheyden välillä. Ryhmäohjaaja on tavallisimmin sairaan- tai terveydenhoitaja, joka on erikoistunut esimerkiksi diabeteksen tai sydänsairauksien hoitoon. (Heinonen ym. 2004; Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2013a.)

Pieni Päätös Päivässä (PPP) -ryhmäohjausmalli

Suomen Diabetesliiton ja Suomen Sydänliiton Pieni Päätös Päivässä -painonhallinnan ryhmäohjausmalli PPP on ollut käytössä jo pitkään, ja sitä käytetään valtakunnallisesti terveyskeskusten painonhallintaryhmissä. Nykyään elintapamuutosmallilla on myös kattavat Internet-sivut, joiden materiaalia ovat Diabetes- ja Sydänliittojen lisäksi olleet tuottamassa Aivoliitto, Suomen Mielenterveysseura sekä Suomen Syöpäyhdistys. Sivustolta löytyy monipuolisesti tietoa ja välineitä elintapamuutoksen tueksi. (Heinonen ym. 2004; Suomen Diabetesliitto ry ja Suomen Sydänliitto ry. 2013.)

Pieni Päätös Päivässä -mallissa keskeinen tavoite on ehkäistä erityisesti metabolisen oireyhtymän ilmaantumista pitkäjänteisen painonhallinnan avulla. Mallissa seurataan painon, vyötärönympärysmittaan, kolesterolin ja triglyseridi-arvojen, verenpaineen ja verensokerin

muutoksia. Taustalla on voimavaralähtöinen ja valmentava ohjausajattelu, joiden mukaisesti ryhmään osallistuvien oma motivaatio ja aktiivisuus sekä ryhmän tuki ovat lähtökohtana pysyvälle laihutumistulokselle. Ryhmä pyritään muodostamaan 6–18 jäsenestä. (Heinonen ym. 2004.)

PPP -ryhmäohjausmallin mukaisesti painonhallintaryhmä kokoontuu viiden kuukauden tiiviin jakson aikana 14 kertaa, ja seuraavien kuuden kuukauden kuluessa on kuusi seurantatapaamista. Tapaamisten sisällöt liittyvät metabolisen oireyhtymän ennaltaehkäisyyn, painonhallintaan, syömisen hallintaan, liikuntaan sekä repsahdusten ennakointiin. Jokaista tapaamiskertaa varten mallissa on selkeä suunnitelma ja runsaasti materiaalia: yhden parin tunnin tapaamisen aikana on tarkoitus vaihtaa kuulumiset, käsitellä kyseisen kerran aiheet, tehdä yhteenveto niistä ja jakaa kotitehtävät. Jokaisen kerran lopuksi on yhteinen liikuntahetki, jonka jälkeen ryhmäläiselle annetaan mahdollisuus jatkaa liikuntaa omaan tahtiin ilman ohjaajan läsnäoloa. Ohjaajan kansio sisältää myös paljon taustatietoa painonhallintaan ja elintapamuutokseen liittyvistä asioista. (Heinonen ym. 2004.)

Oman Terveiden Avaintekijät (OTA) -ohjauskartta

Suomen Sydänliiton Oman Terveiden Avaintekijät -ohjausmalli pohjautuu PPP-malliin, mutta OTA on kehitetty alun perin painonhallinnan yksilöohjausta varten. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella OTA-mallia käytetään myös ryhmäohjauksessa (Järvi, sähköposti 4.9.2013). Tätä mallia käytettiin eräässä tutkimassamme ryhmässä. Mallin taustana on ns. *valmentavan elämäntapaohjauksen* ajatus, jossa asiakas on korostetun aktiivisessa roolissa oman elintapamuutoksensa toteuttamisessa. Keskeistä on asiakkaan voimaantumisen mahdollistaminen sekä muutosmotivaation syntyminen hänestä itsestään. Siksi asiakkaan terveyden ja riskitekijöiden kartoittamisen lisäksi mallissa arvioidaan myös muutosvalmiutta ja sovitaan muutostarpeista asiakaskohtaisesti. (Pusa, Alapappila, Kara & Turku 2010.)

OTA -mallissa käytettäviä mittareita ovat verenpaine, verensokeri, vyötärön ympärys ja rasva-arvot. Ohjauksen aihepiirejä ovat ravinto, liikunta, stressi, uni, tupakointi sekä alkoholin käyttö. Olennaista on jatkuva seuranta ja tilannearviointi, joiden pohjalta konkreettista toimintaa suunnitellaan ja muokataan muutosprosessin kuluessa. (Pusa ym. 2010.)

Helmen elämäntapamalli

Sosiaali- ja terveystieteiden Helmen elämäntapamalli pohjautuu väljästi Oman Terveiden Avaintekijät -ohjausmalliin. Tämä malli oli käytössä kahdessa tutkimassamme ryhmässä. Helmen

elämäntaparyhmiin pääsee itse hakemalla tai terveydenhuollon lähettämänä. Koska tukimuoto on suunnattu henkilöille, joilla ylipainon takia on suuri riski sairastua kansansairauksiin, valitaan ryhmiin vain merkittävästi ylipainoisia henkilöitä, joiden painoindeksi on yli 35 kg/m², sekä henkilöitä, joiden painoindeksi on yli 30 kg/m² ja jotka saavat Tyypin 2 diabeteksen riskitestistä yli 12 pistettä (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Helmi 2013a; Suomen Diabetesliitto 2013a; Liite 1.)

Helmen elintaparyhmien ohjaajana toimii diabetes- tai sydänhoitaja, ja tukea ohjaukseen saadaan myös ravitsemus- ja fysioterapeuteilta. Ryhmiin osallistuminen on maksutonta. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Helmi 2013a.) Ryhmiin haluaville järjestetään aluksi tiedotustilaisuus, ja sen jälkeen ryhmät kokoontuvat neljä kertaa kahden viikon välein sekä kerran kolmen kuukauden kuluttua, minkä jälkeen ryhmäläisille pyritään tarjoamaan muuta painonhallinnan tukea. Helmen elämäntapamallissa jokaisella tapaamiskerralla ryhmäläiset punnitaan, ja ensimmäisellä tapaamiskerralla mitataan sen lisäksi jokaisen ryhmäläisen pituus. Tavoitteena on saada ryhmiin 8–10 osallistujaa. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Helmi 2013b.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata painonhallintaryhmään osallistuneiden kokemuksia ryhmään osallistumisesta, ryhmäohjauksesta, käsitellyistä sisällöistä ja ohjauksessa käytetyistä menetelmistä. Tarkoitus oli myös selvittää, mitä muutoksia painonhallintaryhmään osallistuneilla toteutuu ja mitkä tekijät auttavat tai haittaavat muutosten tekemisessä. Tarkoitus oli selvittää myös painonhallintaryhmään liittyviä odotuksia ja toiveita sekä painonhallinnan ryhmäohjaukseen osallistuneiden ajatuksia hyvästä ryhmäohjauksesta ja painonhallinnan ryhmäohjaajan osaamisesta.

Tutkimuksen tavoite oli saada ryhmiin osallistujilta kokemustietoa, jonka pohjalta painonhallinnan ryhmäohjauksessa käytettäviä menetelmiä, sisältöjä ja ryhmäohjaajien ohjaustapoja voitaisiin kehittää laadukkaammiksi ja vaikuttavammiksi. Oma tavoitteemme tulevana hoitotyön ammattilaisina oli perehtyä monipuolisesti ylipainoon ja painonhallintaan liittyviin ongelmiin ja saada lisää kokemusta ja tietoa, joiden avulla voisimme kehittyä ammatillisesti.

Tutkimustehtävät olivat:

1. Millaisia kokemuksia painonhallintaryhmään osallistujilla oli painonhallintaryhmästä?
2. Miten painonhallintaryhmään osallistuneiden elintapamuutokset toteutuivat ja mitkä tekijät auttoivat ja mitkä tekijät haittasivat heitä painonhallintaan liittyvän elintapamuutoksen toteuttamisessa?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Koska kiinnostuksemme kohteena olivat painonhallintaryhmiin osallistuvien henkilöiden kokemukset, päädyimme käyttämään laadullista tutkimusstrategiaa. Kokemustietoa on luontevinta hankkia kysymällä asioista tutkittavalta kohteelta itseltään. Ihmisten kokemuksista ei voi luoda ennakkoteoriaa, vaan tutkijan on oltava sen sijaan avoin aineistosta nouseville asioille. Kyseiset piirteet ovat tyypillisiä nimenomaan laadulliselle eli kvalitatiiviselle tutkimusotteelle. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.)

Laadullisella otteella tutkimme kokemuksellista tietoa eli ryhmäläisten subjektiivisia kokemuksia painonhallintaryhmään osallistumisesta. Pyrimme hahmottamaan, mikä painonhallintaryhmään osallistujan kannalta on olennaista, mitä painonhallintaryhmältä odotetaan ja mikä saa sitoutumaan ryhmän jäseneksi. Samalla tavoite oli selvittää, mikä auttoi painonhallintaryhmään osallistujia motivoitumaan painonhallintaan ja saavuttamaan hyviä laihdutustuloksia ja elintapamuutoksia. Erityisesti meitä kiinnostivat ryhmäläisten ajatukset siitä, millaista hyvä painonhallintaryhmän ohjaus heidän mielestään on.

Aihe valittiin maaliskuun 2013 alkupuolella, ja mukaan otetut kolme ryhmää varmistuivat toukokuun aikana. Aineisto päätettiin kerätä teemahaastattelumuotoisina ryhmähaastatteluina. Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin ja tarvittavat luvat haastatteluiden tekemiseen saatiin syyskuussa 2013. Tutkimusaineiston keräämiseen ja analysointiin varattiin viisi kuukautta vuodenvaihteen molemmin puolin ja raportti kirjoitettiin kevään 2014 kuluessa.

4.1 Kohderyhmä

Hirsjärven ym. (2009, 181) mukaan laadullisessa tutkimuksessa yksikin tapaus tutkimuskohteena voi riittää, kun tavoitteena on kohteen ymmärtäminen. Siten tutkittavien määrä ei ole oleellinen, vaan saatu aineisto ratkaisee. Oletimme, että kolmesta painonhallintaryhmästä saisimme koottua riittävästi kokemustietoa johtopäätösten tekemiseksi. Tärkeintä oli, että saisimme haastateltaviksi henkilöitä, joilla oli kokemuksia painonhallintaryhmään osallistumisesta ja jotka kertoisivat niistä mielellään.

Tiedon ryhmänohjaajista ja aikataulumme sopivista, keväällä 2013 meneillään olevista ryhmistä saimme Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikön kautta. Kyseisen sairaanhoitopiirin alueella toimii painonhallintaryhmiä, joita ohjaavat paikalliset terveyden- tai sairaanhoitajat. (Järvi, keskustelu 27.3.2013.) Toteutimme tutkimuksen kolmen ryhmän kanssa, joiden viimeinen tapaamiskerta osui sopivasti vuoden 2013 kesään tai syksyyn. Kutsuimme painonhallintaryhmiin osallistuneet henkilöt ryhmähaastatteluun heidän ryhmäohjaajiensa välityksellä. Tutkimukseen valikoituneitten ryhmien ohjaajat selvittivät ensin pyynnöstämme, olisivatko ryhmäläiset halukkaita osallistumaan tutkimukseen ja ryhmähaastatteluun. Myönteisen vastauksen jälkeen neuvottelimme sopivat haastattelupäivät ryhmäohjaajien kanssa, ja he ilmoittivat ajankohdat omille ryhmilleen. Yhdelle ryhmälle teimme lisäksi ohjaajan pyynnöstä kutsukirjeen, joka sisälsi tietoa opinnäytetyöstämme ja haastattelusta sekä yhteystietomme.

Painonhallintaryhmiin oli voitu hakea eri tavoilla. Suurin osa haastateltavista sai tiedon painonhallintaryhmistä terveydenhuollon lääkäriltä tai terveydenhoitajalta. Ryhmistä ilmoitettiin myös sanomalehdissä ja yleisöluennoilla, ja osa ryhmiin osallistuneista oli hakenut kurssille lehti-ilmoituksen tai muun ilmoituksen perusteella itse. Kahdessa ryhmässä pääsyvaatimus oli painoindeksi >35 tai painoindeksi >30 ja sen lisäksi tyypin 2 diabeteksen riskitestin (liite 1) pisteitä 12 tai enemmän. Yhteen ryhmään vaadittiin vain painoindeksi >28 eikä muita kriteerejä ollut. Tätä ryhmää oli mainostettu ainoastaan lääkärin tai hoitajien vastaanotoilla, joista ryhmiin osallistuneet olivat suoraan saaneet tiedon.

Haastateltavamme olivat 34–74-vuotiaita naisia. He odottivat ryhmältä tukea ja innostusta elintapamuutoksen toteuttamiseen, etenkin liikuntaan ja terveelliseen ravitsemukseen. Heistä monella oli ylipainoon liittyviä sairauksia ja ongelmia. Kaikilla ei ollut vielä todettuja sairauksia, vaan sairastumisriski oli yksi motivoiva tekijä painonhallintaryhmään osallistumiselle. Ryhmään oli tultu myös uteliaisuudesta, ilman erityisiä ennakko-odotuksia.

4.2 Aineiston keruu

Aineiston keräämiseen on useita eri vaihtoehtoja (Hirsjärvi ym. 2009, 191). Valitsimme tutkimuksemme tiedonkeruumenetelmäksi teemahaastattelun, jonka toteutimme ryhmähaastatteluina. Vaikka haastattelu onkin menetelmänä työläs ja aikaa vievä, oli sitä luontevaa käyttää tässä tilanteessa, jossa tutkittavamme henkilöt muodostivat valmiita ryhmiä.

Teemahaastattelu on ns. puolistrukturoitu, laadulliseen tutkimukseen hyvin soveltuva tiedonhankintamenetelmä, jossa haastateltavilta kysytään haluttuja asioita aihepiireittäin ilman valmiita kysymyksiä. Koska varsinaisia haastattelukysymyksiä ja teemojen järjestystä ei ole päätetty etukäteen, kulkee keskustelu vapaammin ja haastateltavilla on hyvä mahdollisuus tuoda esiin nimenomaan heille keskeisiä asioita. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 47–48, 66.) Teemahaastattelu olikin joustava tapa selvittää kokemuksia tilanteessa, jossa emme voineet tietää etukäteen tarkkaan, mikä tutkittavien mielestä oli tärkeää. Koska meillä ei ollut aiempaa kokemusta haastatteluiden tekemisestä ja halusimme varmistaa, että kysymme kaiken oleellisen, mietimme kuitenkin valmiiksi muutamia kysymyksiä teemarungon yhteyteen (liite 2).

Oli mahdollista, että haastateltavat puhuisivat vain siitä, mitä olettivat haastattelijoiden haluavan kuulla tai ryhmäpaine vaikuttaisi ilmaistuihin mielipiteisiin. Haastattelemalla saimme kuitenkin mahdollisuuden esittää tarkentavia kysymyksiä. (Hirsjärvi ym. 2009, 205–207.) Ryhmähaastattelun etuna on nopeus (Hirsjärvi & Hurme 2010, 63), ja säästimme todennäköisesti aikaa, kun keräsimme tietoa yksittäisten tapaamisten sijaan ryhmissä. Yhden ryhmän haastatteluun aikaa kului noin puolitoista tuntia, ja se sisälsi varsinaisen haastattelun lisäksi valmistelut, kuten istumapaikkojen ja tallennusvälineitten järjestämisen ennen haastattelua ja sen jälkeen.

Ryhmähaastattelut sovittiin joko viimeisen ryhmätapaamisen yhteyteen tai viimeisen varsinaisen kokoontumiskerran jälkeen; yksi ryhmistä kokoontui ryhmäohjaajansa kanssa juuri ennen haastattelua, yhden ryhmän tapaaminen oli välittömästi haastattelun jälkeen, ja yhden ryhmän haastattelu oli kokonaan ryhmätapaamisista erillinen tilaisuus. Haastattelupaikka oli sama tila, jossa kukin ryhmä muutenkin oli tottunut kokoontumaan. Ryhmiä ohjanneet henkilöt eivät kuitenkaan olleet haastattelutilanteessa paikalla.

Haastattelujen tallentamista varten meillä oli käytössämme digitaalinen sanelukone ja videokamera. Ennen haastattelun aloittamista kerroimme haastateltaville, että haastattelut tallennetaan, ja he allekirjoittivat suostumuslomakkeen (liite 4). Samalla heillä oli mahdollisuus kysyä haastatteluun ja opinnäytetyöhömmme liittyvistä asioista. Kerroimme haastateltaville opinnäytetyöstämme ja muistutimme, että he ovat mukana vapaaehtoisesti ja että heillä on oikeus kieltää suostumuksensa tutkimukseen syytä ilmoittamatta, missä vaiheessa tahansa. Jotta tilanne olisi saatu mahdollisimman luontevaksi ja tallennusvälineistön käyttäminen veisi

tilanteessa mahdollisimman vähän huomiota, tallennus aloitettiin jo ennen varsinaista haastattelun alkua.

Haastatteluihin osallistui yhteensä 13 henkilöä: ensimmäisessä haastattelussa kuusi, toisessa neljä ja kolmannessa kolme henkilöä. Haastatteluja varten olimme laatineet teemahaastattelurungon. Vaikka olimmekin miettineet valmiita kysymyksiä muistimme tueksi etukäteen, haastattelut etenivät rennosti keskustellen. Ohjasimme haastattelua kysymyksillämme haluttuun suuntaan, mutta jokaiselle annettiin mahdollisuus puhua myös ”asian vierestä”. Haastateltavat kertoivatkin mielellään kokemuksistaan, ja kuten seuraavista haastattelukatkelmista näkyy, myös hyvä ryhmähenki heijastui haastattelutilanteissa. Keskustelun soljuessa eteenpäin haastateltavat (L, M ja N) täydensivät toistensa puhetta kuvatessaan, miten heidän ryhmässään tuettiin elintapamuutoksen toteuttamista.

”N: No yks ryhmäläinen oli silleen, ett se oli hirviän perso maiolle. L: Täysmaiolle. N: Ja se oli punaselle maiolle, nimenomaa. M: Eikö se laskenutkin sitä, että miten iso muutos on, jos vaihtaa L: Joo, laskettiin, joo. M: siihen rasvattommaan maitoon? N: Se oli sille kuitenkin hirviä, siis tosi suurkuluttaja maiolle - - sehän sai sen sitten muutettua niin, että se joi vaan sen yhen lasillisen, vaikka se oli sitä täysmaitoa. L: Ja me tsempattiin kauheasti. - -”

”- - L: ”Nyt vaihat siihe kevytmaitoon” ja to... M: Ja toinen sano, että hää ei juo, ku se ei maistu miltää. N: Nii on. Seuraavan kerran ku nähtiin, nii tavallaan heti kysyttii, että no, mite on menny. L: Joo, nii oliku, ei ollu kunnolla sisälle tullu, niin ”No, miten meni maion kans?” N: Nii o. Että sillä lailla kuitenkin sitte heti kyseltii, ja ku jokkaine sano sen mitä oli - jos oli - nii sitä pysty sillä lailla puhumaa, että siinä se varmaan tullee sen pienen ryhymän hyvät puolet. L: Etu. N: Että sitä pystyy niinku erilailla avvautee ite - -”

Saimme ryhmäohjaajilta käyttöömme myös tiedot ryhmäläisten painonseurannasta ja mittauksista.

4.3 Aineiston analyysi

Haastatteluista kertyi nauhoitettua aineistoa yhteensä 182 minuuttia (57, 65 ja 60 minuuttia) eli kolme tuntia. Aineistosta kirjoitettiin auki tekstiksi se osuus, joka oli selkeää haastattelua. Jaoimme haastatteluaineiston puoliksi ja kumpikin litteroi ensin oman osuutensa. Sen jälkeen kumpikin kävi läpi myös toisen litteroiman osuuden korjaten ja lisäten mahdollisesti puuttuvia sanoja. Haastatteluaineistossa oli muutamia hetkiä, joista kumpikaan ei saanut useankaan kuuntelukerran jälkeen kunnolla selvää lähinnä päälle puhumisen takia. Se ei kuitenkaan vaikuttanut tuloksiin, koska litteroinnista puuttuvat ilmaisut eivät sisältäneet tutkimuskysymyksiin liittyvää tietoa. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 62 sivua (23, 18 ja 21 sivua). Litterointivaiheen

jälkeen jaoimme aineiston sivumäärän perusteella puoliksi, kumpikin kävi läpi ensin oman osuutensa sen jälkeen myös toisen analysoiman tekstin poimien ilmaisuja tarkempaa analyysiä varten.

Aineiston analyysimenetelmäksi valittiin sisällönanalyysi, joka on toimiva menetelmä laadulliseen tutkimukseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Sisältöä voidaan analysoida joko aineisto- tai teorialähtöisesti eli induktiivisesti tai deduktiivisesti. Sisällönanalyysin avulla on tarkoitus muodostaa luokkia, käsitteitä ja malleja tutkittavasta ilmiöstä. (Kyngäs & Vanhanen 1999,4; Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.) Sisällönanalyysin aluksi alkuperäisiä ilmaisuja tiivistettiin poistamalla ilmaisuista toistoja ja turhia välisanoja (esim. *niinku, tuota, niin niin*) pyrkien säilyttämään merkitys muuttumattomana. Seuraavaksi valittiin analyysiyksiköksi sanayhdistelmä, jolla olisi selkeä, luokiteltava sisältö (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5).

Tekstistä pyrittiin poimimaan ilmaisut, jotka kuvasivat haastateltujen kokemuksia ryhmästä, ilmaisuja ryhmän ja ohjauksen merkityksestä sekä ongelmia, joihin ryhmästä haettiin apua. Samoin poimittiin onnistumisen ja epäonnistumisen kokemuksia, ilmaisuja tavoitteista ja toisaalta tuloksista sekä kuvauksia tekijöistä, jotka haittasivat tai edesauttoivat elintapamuutoksen toteuttamista. Jätimme ilmaisuja pelkistäessämme pois lähes kaikki tulkinnat, joissa haastateltava ei ollut itse puhunut tietystä asiasta, vaan oli esimerkiksi vain vastannut ”kyllä” tai ”ei” haastattelijan johdattelevaan kysymykseen.

Löydetyt alkuperäiset ilmaisut taulukoitiin ja niille muodostettiin pelkistetyt ilmaisut eli pelkistykset (taulukko 1). Kumpikin kävi läpi koko aineiston. Litteroidusta haastatteluaineistosta pyrittiin löytämään kaikki tutkimuskysymysten kannalta olennaiset ilmaisut, joille muodostettiin mahdollisimman kuvaavat pelkistetyt ilmaisut.

Pelkistetyistä ilmaisuista muodostui aluksi 14 ryhmää: menetelmät, toiveet ja ehdotukset, odotukset ja tavoitteet, myönteiset kokemukset, ryhmään pääseminen, ryhmän merkitys, negatiiviset kokemukset, tulokset, muutosta estävät tekijät, ohjaaja, kenelle ryhmä sopii, sairaudet ja terveys, tuki muualta sekä aiemmat painonpudotuskokemukset. Jäljelle jäi lukuisia ilmaisuja, joita ei voinut heti luokitella, mutta jotka tuntuivat jostain syystä tärkeiltä ja keskeisiltä. Ne joko toistuivat kaikissa haastatteluissa tai olivat asioita, jotka tuntuivat painottuvan ryhmähaastatteluissa ja olevan siis tärkeitä ryhmäläisten kannalta. Tällaiset ilmaisut, kuten esimerkiksi ajatukset lihomisesta ja laihtumisesta tai liikunnan ja ruoan merkityksestä, otettiin

mukaan analyysiin tässä vaiheessa, vaikka ne eivät varsinaisesti liittyneet alkuperäisiin tutkimuskysymyksiin.

Taulukko 1. Esimerkki pelkistysten muodostamisesta alkuperäisistä ilmaisuista.

alkuperäinen ilmaisu	pelkistetty ilmaisu
<i>tihiämpään että ois saanu olla, että niin ois enempi motivoinu sitte</i>	tiheimmät tapaamiset olisivat motivoineet enemmän
<i>ku tulee vielä näitä sairauksia mukaan, niin se on aika hankalaa tämä painon pudotus</i>	laihduttaminen on sairauksien takia hankalaa
<i>kyllä se kuitenkin niin sillai tukkee se ryhmä</i>	ryhmä tukee

Kun ilmaisut oli ryhmitelty karkeasti, aineistoa oli helpompi käsitellä. Pelkistyksistä muodostuva aineisto jaettiin sivumäärän perusteella puoliksi, ja aineistoa alettiin luokitella induktiivisesti eli aineistolähtöisesti, yksityisestä yleiseen (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-7). Ilmaisuja ryhmiteltiin alaluokkiin, joista muodostettiin yläluokkia (taulukko 2).

Taulukko 2. Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä alkuperäisistä ilmauksista yläluokkaan.

alkuperäiset ilmaisut	pelkistetyt ilmaisut	alaluokka	yläluokka
<i>puoliso kannustaa liikkumaan - - se aina sanoo, että käy vaikka ees pikkusen - - niin kyllä sitä sitte tulee lähdettyä</i>	puoliso kannustaa liikkumaan edes vähän	Perheen ja sukulaisten tuki	Tuki lähipiiristä
<i>mulla nyt on puoliso - - ja lapset tietenkin</i>	puoliso ja lapset ovat kannustaneet		
<i>mullon nyt ainakin ollu mies ja lapset, koko perhe - - lapset lähti tukemaan - - kyllä moon valtavan tuen saanu.</i>	mies ja lapset ovat tukeneet paljon		
<i>[aattelitko, että se nyt sitte toimivampi ollu] kyllä se siis semmonen elämänmuutos, johon mä sain miehen mukkaan</i>	puolison kanssa tehty elintapamuutos on ollut aiempaa parempi tapa laihtua		
<i>minä en oo ainakkaa puhunu ku omalle sakille</i>	on kertonut vain omalle perheelle		
<i>lapsille, ne on nähäny ja ne tietää tämän minun kamppailun</i>	lapset ovat tukeneet		
<i>sisko</i>	sisko on tukenut		
<i>mun veljentyttö</i>	veljentyttö on tukenut		
<i>mun serkku on hyvä esimerkki, että hän ihan ite alotti ja on saanu nyt semmonen kaheksan kiloo vuoessa pois - - nyt näkee selevästi, että hän on laihtunu</i>	serkku on ollut hyvä esimerkki onnistuneesta laihduttamisesta	Sukulaisen esimerkki	
<i>työkaverit on ainakin tsepannu</i>	työkaverit ovat kannustaneet	Työkavereitten tuki	

Tässä vaiheessa alkoivat ryhmien rajat odotetusti liukua ja osa ilmaisuista siirtyi luokasta toiseen. Osoittautui tarpeelliseksi käydä alkuperäinen litteroitu aineisto läpi vielä uudestaan siltä varalta, että jotain oli jäänyt huomaamatta ensimmäisessä vaiheessa. Mukaan analyysiin poimittiinkin vielä muutamia ilmaisuja lisää.

Jotta aineiston kokonaisuus hahmottuisi selkeämmin, muodostettiin luokitellun aineiston ja tutkimustehtävien pohjalta kaksi yhdistävää luokkaa: 1) Kokemukset painonhallintaryhmään osallistumisesta ja 2) Elintapamuutoksen toteutuminen. Sen jälkeen aineistoa lähestyttiin näistä yhdistävistä luokista käsin ja pyrittiin löytämään pääluokat, joiden kautta analyysi voisi edetä loogisesti yläluokista yhdistäviin luokkiin. Tämä vaihe muistutti hieman deduktiivista analyysitapaa, jossa aineistoa lähestytään viitekehyksestä tai valmiista teoriasta käsin (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5,7).

Osa alkuperäisistä ilmaisuista putosi deduktiivisen lähestymisen myötä analyysistä pois, osa muodostetuista luokista yhdistyi toisiin, osalle ilmaisuista muodostettiin uusia luokkia ja osa jo muodostetuista ala- tai yläluokista siirtyi toisaalle, jopa toisen yhdistävän luokan yhteyteen. Kuten Kyngäs ja Vanhanen toteavat (1999, 8), voidaan teorian pohjalta muodostettujen luokkien lisäksi muodostaa aineistosta pohjalta myös uusia luokkia, jos niin halutaan. Niin alkuperäistä litteroitua aineistoa kuin muodostettuja luokituksiakin luettiin yhä uudelleen, ja ryhmittelyihin suhtauduttiin mahdollisimman kriittisesti, jotta vähitellen hahmottuva analyysi olisi kuvannut mahdollisimman hyvin alkuperäisiä ilmaisuja ja haastateltavien mielipiteitä. Lopullinen analyysin tulos tarkentui vielä raportointivaiheessakin. Liitteessä 5 (taulukot 11 ja 12) on kaksi esimerkkiä sisällönanalyysin etenemisestä alkuperäisistä ilmaisuista yläluokkiin.

Alkuperäisestä, litteroidusta haastatteluaineistosta poimittiin yhteensä 407 ilmaisua, joista muodostettiin laadullisella sisällönanalyysillä 95 alaluokkaa ja 26 yläluokkaa. Edelleen muodostetut seitsemän pääluokkaa jaoteltiin kahteen tutkimustehtäviä vastaavaan yhdistävään luokkaan: *Kokemukset painonhallintaryhmästä* ja *Elintapamuutoksen toteutuminen*.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Painonhallintaryhmään osallistajat kuvasivat kokemuksiaan kurssin sisällöstä ja ohjauksesta. Heillä oli painonhallintaryhmästä sekä myönteisiä että kielteisiä kokemuksia. He toteuttivat useita myönteisiä elintapamuutoksia, ja niiden toteutumiseen liittyi sekä auttavia että haittaavia tekijöitä. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Kokemukset painonhallintaryhmästä ja elintapamuutoksen toteutumisesta.

Yhdistävä luokka	Pääluokka	Yläluokka
Kokemukset painonhallintaryhmästä	Kurssin sisältö	Monipuoliset menetelmät Monipuoliset aiheet
	Myönteiset kokemukset	Tiedon saaminen Myönteinen ilmapiiri Mahdollisuus vuorovaikutukseen Vertaistuen saaminen
	Kielteiset kokemukset	Kurssijärjestelyihin liittyviä puutteita Kurssin sisältöön liittyviä puutteita
	Kokemukset ohjauksesta	Ryhmäohjaajan myönteiset henkilökohtaiset ominaisuudet Ryhmäohjaajan hyvä ammattitaito Ryhmäohjaajan hyvät vuorovaikutustaidot
Elintapamuutoksen toteutuminen	Myönteiset muutokset	Muutokset terveydessä Muutokset ravitsemuksessa Muutokset liikunnassa Muutokset motivaatiossa
	Elintapamuutosta auttavia tekijöitä	Tarve laihtua Syömisen hallinta Muutosten maltillinen toteuttaminen Painonseuranta Tuki painonhallintaryhmästä Tuki lähipiiristä
	Elintapamuutosta haittaavia tekijöitä	Huono terveydentila Sisäiset syyt Ulkoiset syyt Ei tukea lähipiiristä

5.1 Kokemukset painonhallintaryhmästä

Kokemukset painonhallintaryhmästä sisältää kurssin sisältöön, myönteisiin kokemuksiin, kielteisiin kokemuksiin ja kokemuksiin ohjauksesta liittyvät kuvaukset. Niistä löysimme vastauksia siihen, miten kurssit oli toteutettu sekä siihen, miten painonhallintaryhmään osallistuneet kokivat ryhmään osallistumisen ja ryhmäohjauksen.

5.1.1 Kurssin sisältö

Ryhmätapaamisissa käsiteltiin monipuolisesti eri aiheita ja käytössä oli runsaasti erilaisia menetelmiä (taulukko 4).

Taulukko 4. Kokemukset kurssin sisällöstä.

Pääloukka	Yläluokka	Alaluokka
Kurssin sisältö	Monipuoliset menetelmät	Mittaukset Monipuolinen materiaali Konkreettiset esimerkit Askelmittari Luovat menetelmät Keskustelu Alkukartoitus Tavoitteitten kirjaaminen Muutoksen lupaaminen ääneen
	Monipuoliset aiheet	Eri kerroilla omat aiheensa Ravitsemus Yhdessä liikkuminen Repsahdus Muutosten toteuttaminen

Painonhallintakursseilla käytettiin runsaasti ja monipuolisesti eri menetelmiä. Etenkin mittaukset olivat yleisiä. Paino punnittiin tapaamisissa joka kerta, ja vyötärön ympäryys mitattiin kurssin aluksi ja lopuksi. Yhdessä ryhmässä oli tehty ennen kurssin alkua myös perusteellisempi terveydentilan kartoitus laboratoriokokeineen. Näiden veriarvojen muuttumista kurssin aikana ei kuitenkaan seurattu. Kaikki ryhmäläiset eivät myöskään mitanneet painoa tai vyötärön ympärystä säännöllisesti.

Ryhmäläiset saivat runsaasti materiaalia muun muassa oppaiden ja esimerkkien muodossa. Näitä olivat ruokapäiväkirja, energiasisältö- ja kulutustaulukot, liikuntapiirakka sekä erilaiset itsearviointilomakkeet. Erityisesti tieto ruoka-aineitten sisältämästä energiasta ja ruokapäiväkirjan pitäminen olivat jääneet mieleen. Askelmittaria pidettiin erityisen hyvänä ja innostavana välineenä. Yhdessä ryhmässä jokainen oli saanut sen lainaan itselleen, ja se oli konkreettinen väline liikkumisen arvioimiseen.

”Sitku laski vielä sen, että mitä mää tällä kulutan, että tuli konkreettiseksi vähä se, että mitä näis, mitä saatiin näitä ohjeita, niin se oli semmonen, mikä mulle avas silmiä siinä vaiheessa vielä uudestaan. Se oli hyvä.”

Keskustelu oli tapaamisissa keskeistä. Luovia menetelmiä olivat askartelu, leikki ja kotitehtävät. Elintapamuutoksen tueksi kirjattiin omia tavoitteita. Kannustava menetelmä oli myös muutosten lupaaminen ääneen.

"lupasin itselleni sillon täällä muitten kuullen, että mä jätän sen [makean syömisen aterian jälkeen] pois"

Ryhmätapaamisissa käsiteltiin monipuolisesti eri aiheita. Kullakin tapaamiskerralla pyrittiin keskittymään enemmän aina tiettyyn aiheeseen, joista ravitseminen oli keskeisin. Se oli puheenaiheena kaikissa tapaamisissa, ja siihen keskityttiin vielä perusteellisemmin myös ravitsemusterapeutin johdolla. Liikunnasta saatiin tietoa, ja ryhmissä myös liikuttiin yhdessä. Tämä koettiin mielekkäänä. Muutoksen toteuttamiseen liittyvä tieto oli erityisen tärkeää. Tapaamisissa puhuttiin muutokseen liittyvästä repsahduksesta, mutta vielä tärkeämpänä koettiin konkreettiset neuvot muutoksen toteuttamiseksi eli ohjeet etenemisestä vähitellen, yksi muutos kerrallaan.

5.1.2 Myönteiset kokemukset

Myönteiset kokemukset painonhallintaryhmään osallistumisesta liittyivät tiedon saamiseen, myönteiseen ilmapiiriin, vuorovaikutukseen ja vertaistuen saamiseen (taulukko 5).

Taulukko 5. Myönteiset kokemukset ryhmään osallistumisesta.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Myönteiset kokemukset	Tiedon saaminen	Tiedon soveltaminen käytäntöön Ravitsemustieto Neuvojen jakaminen Tiedon monipuolisuus
	Myönteinen ilmapiiri	Mukavat ryhmätapaamiset Mielenkiintoisuus Hyvä ryhmähenki Pakottomuus
	Mahdollisuus vuorovaikutukseen	Vapaa keskustelu Avoimuus Ryhmän sopiva koko Yhdessä tekeminen
	Vertaistuen saaminen	Kannustus Toisten kokemukset Ryhmästä sai tukea Tuki ravitsemukseen Ryhmästä sai kuria

Kurssilla saatua monipuolista tietoa arvostettiin. Sekä ennestään tuttua että uutta tietoa saatiin runsaasti. Tietoa terveistä elämäntavoista oli paljon myös ennestään, mutta kurssin ansiosta tieto siirtyi myös käytäntöön. Ryhmässä jaettiin hyviä neuvoja ja vinkkejä, jotka tiedettiin itsellä toimiviksi. Etenkin ravitsemukseen liittyvistä asioista saatiin paljon hyödyllistä tietoa, ja sen myötä opittiin muun muassa laskemaan ruoan sisältämiä energiamääriä.

"mikä mulle oli tärkeää, ni se, että mitä herkkua syö ja kuinka paljon pitää liikkua sen jälkeä, ku on syönyt"

Myönteinen ilmapiiri sisälsi sekä hyvän ryhmähengen että ryhmätapaamisten kokemisen mukaviksi ja mielenkiintoisiksi. Tapaamisia odotettiin, niihin oli mukava tulla ja yllätyksellisyys lisäsi kiinnostusta jo ennalta. Kun haastateltavat vertasivat kokemustaan painohallintaryhmään osallistumisesta aiempiin vastaaviin kokemuksiinsa, he kokivat erityisen myönteisenä pakottoman suhtautumisen laihduttamiseen. Pakottomuus vähensi painonhallintaan liittyvää stressiä ja auttoi suhtautumaan asiaan rennommin.

"ei sitä semmosta kauhinaa ressiä mulla ainakkaa, ku sillo oli semmonen hirviä stressi aina siitä"

Erilaiset vuorovaikutukseen ja vertaistukeen liittyvät ilmaisut olivat keskeisiä. Oli hyvin tärkeää saada keskustella tapaamisissa vapaasti ja kertoa asioista avoimesti. Siksi myös pienehköä ryhmän kokoa pidettiin sopivana.

"Ett kymmenen viistoista [ryhmäläistä] ois, niin kyllä siinä saattas olla - - miettiä, että mitä sannoo - - ja että mitä tavallaan paljastaa itsestää. Ett ei välttämättä ois nii ollu tavallaan avonaista."

Keskustelun lisäksi mukavana koettiin myös yhdessä tekeminen. Hyvin myönteisesti kuvattiin etenkin hetkiä, jolloin oli käyty yhdessä liikkumassa. Toisilta ryhmäläisiltä saatu vertaistuki oli tärkeää, ja sitä myös saatiin ryhmistä runsaasti. Vertaistuki oli toisten kannustamista, "tsemppaamista" esimerkiksi liikkumiseen tai jonkin tietyn muutoksen toteuttamiseen. Esimerkkiote yhdestä haastattelusta (ks. s. 26) kuvaa tätä hyvin. Ryhmän koettiin tukevan erityisesti ruokavaliomuutoksissa ja lisäävän itsekuria muutoksen toteuttamiseksi. Tukea saatiin myös toisten onnistumiskokemuksia kuullessa.

5.1.3 Kielteiset kokemukset

Kielteiset kokemukset painonhallintaryhmiin osallistumisesta liittyivät sekä puutteisiin kurssijärjestelyissä että kurssin sisällöissä (taulukko 6).

Taulukko 6. Kielteiset kokemukset ryhmään osallistumisesta.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Kielteiset kokemukset	Kurssijärjestelyihin liittyviä puutteita	Liian vähän tapaamisia Liian lyhyt kurssi Ei päässyt osallistumaan Videovälitteisyys oli epäluontevaa
	Kurssin sisältöön liittyviä puutteita	Yhdessä ei käyty liikkumassa Saatiin liikaa tai liian vähän tietoa

Jokaisessa ryhmässä tuotiin yhteisesti esille, että tapaamiskertoja oli kokonaisuudessaan liian vähän. Tapaamisten vähyys vaikutti kielteisesti motivaatioon ja pitkät aikavälit tapaamiskertojen välillä hankaloittivat elintapamuutosten toteuttamista. Yhden tunnin kestävä tapaamiskerta koettiin liian lyhyeksi, koska silloin omien kysymysten esittämiselle ei juuri ollut aikaa.

”muute hyvä mutta liia lyhy”

”kaikki odotti sitä, että se ois vähän tämmöinen pitempi projekti, jossa ois oltu”

Teoriapainotteisuuden sijaan odotettiin myös enemmän yhdessä tekemistä. Erityisesti oltiin pettynyt siihen, ettei kurssin aikana järjestetty tarpeeksi yhdessä liikkumista. Sitä odotettiin ja esimerkiksi uimassa, kuntosalilla tai kävelyllä olisi haluttu käydä yhdessä.

”ja sitte iha joku vaikka oikee semmonen liikuntapäivä siihe, tai liikuntakerta”

Kielteisenä koettiin toisaalta se, jos omiin henkilökohtaisiin tiedontarpeisiin kuten ruoka-aineallergioihin ei saatu tarpeeksi tietoa. Yhdelle ryhmälle oli järjestetty ravitsemusterapeutin luento videovälitteisesti, mikä koettiin epäluontevaksi ja hankalaksi. Vaikka ryhmänohjaaja oli ollut kyseisessä tapaamisessa mukana välittämässä ryhmäläisten kysymyksiä ravitsemusterapeutille, kysymysten esittämistä etäyhteyden välityksellä ei koettu luontevaksi. Siksi kaikkia kysymyksiä ei osattu ottaa esille ja tämä oli pettymys.

”jos se ravintoterapeutti ois ollu tässä näin, nii ois pystyny aiva eri laill saamaan kontaktin. Se meni jotenki siinä, kö ei oikeen tiennyt kuka puhuu, ja... Se ei oo oikeen luonnollinen se tilanne.”

5.1.4 Kokemukset ohjauksesta

Kokemukset ohjauksesta liittyivät ryhmäohjaajan myönteisiin henkilökohtaisiin ominaisuuksiin, ryhmäohjaajan ammattitaitoon ja hyviin vuorovaikutustaitoihin (taulukko 7).

Taulukko 7. Kokemukset ohjauksesta.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Kokemukset ohjauksesta	Ryhmäohjaajan myönteiset henkilökohtaiset ominaisuudet	Miellyttävä henkilö Positiivinen henkilö Ohjaajaan voi samaistua
	Ryhmäohjaajan hyvä ammattitaito	Hyvät ohjaustaidot Hyvä valmistautuminen Hyvä tietopohja
	Ryhmäohjaajan hyvät vuorovaikutustaidot	Rohkaiseminen puhumaan Kannustaminen Motivoiminen tulevaan Ryhmäläisten kuunteleminen

Ohjaaja koettiin positiivisena ja miellyttävänä henkilönä, joka ei sanellut asioita ylhäältä päin ja johon ryhmäläisten oli helppo samaistua. Ohjaaja ymmärsi ryhmässä olleita, ja ryhmässä sai olla oma itsensä. Ohjaaja hallitsi ohjaustilanteet ja pystyi kertomaan eri aiheista ymmärrettävästi. (Taulukko 11 ja liite 5.)

Vaikka ryhmiin osallistuneet olivat saamaansa ohjaukseen enimmäkseen tyytyväisiä, kerrottiin ohjaajien hakevan vielä omaa ohjaustyyliään. Tyytyväisiä oltiin siihen, että ohjaajat olivat suunnitelleet tapaamiskerrat huolellisesti. Ohjaajat koettiin ammattitaitoisiksi ja tärkeänä pidettiin sitä, että ryhmässä esitettyihin kysymyksiin saatiin vastauksia vaivatta. Ohjaajat kannustivat puhumaan ja liikkumaan yhdessä ryhmän ulkopuolellakin. Hyvänä koettiin myös se, että ohjaajat pyysivät kertomaan, mistä aiheista ryhmäläiset erityisesti halusivat ryhmässä keskusteltavan.

5.2 Elintapamuutoksen toteutuminen

Elintapamuutoksen toteutuminen sisältää haastateltujen myönteisiin elintapamuutoksiin liittyvät kuvaukset. Niistä löysimme vastauksia siihen, mitkä tekijät auttoivat ja mitkä haittasivat elintapamuutoksen toteutumista.

5.2.1 Myönteiset muutokset

Useita myönteisiä muutoksia saavutettiin erityisesti terveydessä, ravitsemuksessa ja liikunnassa sekä motivaatiossa (taulukko 8).

Taulukko 8. Myönteiset muutokset.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Myönteiset muutokset	Muutokset terveydessä	Painonnousu on pysähtynyt On laihtunut Keho on muuttunut Veriarvot ovat muuttuneet
	Muutokset ravitsemuksessa	Ruoan laadun muuttaminen Ruoan määrän vähentäminen Ruokarytmin korjaaminen Makean syömisen vähentäminen
	Muutokset liikunnassa	Liikunnasta innostuminen Uuden liikuntalajin aloittaminen Liikunnan määrän lisääminen
	Muutokset motivaatiossa	Motivaation lisääntyminen

Kurssin aikana laihduttiin jonkin verran. Pidemmän ajan kuluessa oli saavutettu huomattaviakin laihtumistuloksia, koska laihtuttaminen oli aloitettu jo ennen kurssin alkua ja sitä jatkettiin kurssin jälkeen. Myös muista terveyteen liittyvistä muutoksista kerrottiin; kehon muutoksia olivat kiinteytyminen ja vyötärönympäryksen pienentyminen, terveysvaikutuksia olivat verensokeri- ja kolesteroliarvojen normalisoituminen. Myös pidempiaikaisen painonnousun pysähtyminen koettiin myönteisenä muutoksena. Kaikki eivät kuitenkaan saavuttaneet pysyviä tuloksia, vaan heidän painonsa oli joko noussut ja laskenut edestakaisin tai laihtumista ei ollut tapahtunut ollenkaan.

"vaikka ei oo laihtunutkaan, mutta ainaki pysyny, että ei oo tullu lissää - - se on pysähtynyt painonnousu"

Keskeisimmät myönteiset muutokset liittyivät ravitsemukseen, koska sekä ruoan laatuun että määrään liittyviä muutoksia oli tehty paljon. Ruokavaliota oli muutettu kevyemmäksi lisäämällä esimerkiksi kanan ja kasvien määrää sekä vaihtamalla rasvaisia ruoka-aineita vähemmän rasvaisiin. Ruoka-annoksia oli myös pienennetty, ja erityisesti juuston syömistä ja muuta napostelua oli vähennetty. Myös ruokarytmiä oli muutettu, ja oli alettu syödä säännöllisemmin.

"Enkä mää niistä rasvasista oo luopunu, että kyllä mää syön niitä, ja. Mutta ei niitä tartte nii hirviästi syyä ja koko ajan, niin kauheita määriä."

Liikuntaan liittyi kolmentyyppisiä muutoksia: liikunnan määrän lisääminen, uusien liikuntalajien aloittaminen ja liikunnasta uudella tavalla innostuminen. Yleisimmin harrastettiin kävelyä, pyöräilyä ja uimista. Muita liikuntamuotoja olivat kuntosaliharjoittelu, vesijuoksu ja ryhmäliikunta. *Muutokset motivaatiossa* sisältää ilmaisia motivaation lisääntymisestä. Koettiin, että oli saatu lisää tahdonvoimaa valita terveellisempi vaihtoehto tietyissä tilanteissa.

5.2.2 Elintapamuutosta auttavia tekijöitä

Elintapamuutoksen toteutumista auttoivat tarve tehdä muutoksia, syömisen hallinta, muutosten maltillinen toteuttaminen, säännöllinen painonseuranta sekä painonhallintaryhmästä ja omasta lähipiiristä saatu tuki (taulukko 9).

Taulukko 9. Elintapamuutosta auttavia tekijöitä.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Elintapamuutosta auttavia tekijöitä	Tarve laihtua	Oma halu laihtua Terveydelliset syyt Halu kohentaa elämänlaatua Vaatus terveydenhuollosta
	Syömisen hallinta	Ruoka-aineiden punnitseminen Ruokapäiväkirjan pitäminen Kaloreiden tarkkailu Ostotilanteitten hallinta Ruuan määrän vähentäminen Ruuan laadun muuttaminen
	Painonseuranta	Painon mittaaminen Painon seuraaminen
	Muutosten maltillinen toteuttaminen	Vähittäiset muutokset
	Tuki painonhallintaryhmästä	Mahdollisuus vuorovaikutukseen Vertaistuki Kannustus Tuki elintapamuutukseen Tuki laihduttamiseen Sopiva ajankohta
	Tuki lähipiiristä	Perheen ja sukulaisten tuki Sukulaisen esimerkki Työkavereitten tuki

Elintapamuutokseen oli erilaisia tarpeita, jotka motivoivat muutokseen. Keskeistä oli oma halu laihtua, oma jaksaminen ja terveydelliset syyt. Koska ylipaino ja siitä johtuvat sairaudet ja vaivat, kuten korkea verenpaine, sepelvaltimotauti, diabetes, nivelvaivat ja korkeat rasva-arvot, koettiin kielteisinä, painonpudotuksen toivottiin auttavan näihin ongelmiin. Laihduttamalla voisi sairastumiskierre katketa, veriarvot parantua tai lääkkeitä käyttäminen vähentyä. Jo pienenkin

painonpudotuksen arveltiin vaikuttavan myönteisesti koko elämänlaatuun. Kun määräys laihtua tuli terveydenhuollosta, se oli vaatimuksena leikkaukseen pääsemiseksi.

"K: No mulla on diabetes. Haaveena ois, että sais – ja pitäiski nyt viistoista kilua puottaa, mutta... H2: Oliko sulla semmonen tavote, kun tulit tähän ryhmään? K: Ei, ku nyt on kesän aikana tullu tämä määräys. H2: Ylemmältä taholta. No miltä se tuntuu? K: Näläkä tuli heti."

Syömisen hallinta oli toinen keskeinen tekijä. Sen toteuttamiseksi oli useita keinoja. Ruokapäiväkirjan pitäminen auttoi tiedostamaan omaa syömiskäyttäytymistä, ja ruoka-aineitten punnitseminen auttoi arvioimaan ruokamääriä. Kalorien tarkkailua opittiin energiasisältötaulukon avulla ja tutkimalla tuoteselosteita. Ostotilanteisiin löydetty keinot tukivat hyvien valintojen tekemistä ruokaa hankittaessa. Sekä ruoan määrän vähentäminen että ruoan laadun muuttaminen auttoivat syömisen hallintaa.

"se asia kyllä muuttu ihan realiteettisesti minun kohdalla ja mää luulen, että siitä se on paremminki tapahtunu se muutos, ku se, että minä oisin ollu kehnolla ruoalla "

Muutosten maltillisuus ja painonseuranta erityisesti punnitsemalla ja seurantataulukon avulla olivat hyvä tuki laihduttamiselle. Kun muutoksia tehtiin vähitellen, yksi kerrallaan, paino putosi hitaasti. Säännöllinen punnitseminen kannusti ja realisoi tilanteen, painonseurantataulukko havainnollisti painonkehityksen konkreettisesti.

"onko se [punnitseminen] sitte hyvä tai huono, mutta kuitenkin, että se on se todellisuus ja sitä ei pääse karkuun"

Painonhallintaryhmästä saatiin monella tavalla tukea, joka auttoi elintapamuutoksen toteutumista (taulukko 12; liite 5). Ryhmässä oli mahdollisuus vuorovaikutukseen ja asioiden kysymiseen suoraan kasvokkain. Muilta samassa tilanteessa olevilta saatiin vertaistukea, kun voitiin jakaa niin kokemuksia kuin hyviä neuvoja ja vinkkejäkin. Tunne siitä, ettei tarvinnut olla yksin ja tietoisuus tapaamisten lähestymisestä oli kannustavaa. Elintapamuutokseen ryhtyminen olisi voinut vain pitkittyä, jos ryhmää ei olisi ollut. Paitsi muutoksen toteuttamisessa, ryhmä auttoi myös sekä laihduttamiseen ryhtymistä että laihduttamisen jatkamista. Painonhallintakurssin sopiva ajoitus oli tärkeä auttava tekijä. Oli tärkeää päästä mukaan silloin, kun oli itse motivoitunut.

"Kyllä mä luulen, että ois aina vaan lykänny ja lykänny, että ehkä se diabetes-vaara justiin herätti - - ja sitte tämä ryhmä ku tuli niin sopivasti, niin kyllä se on pannu kauhiasti mieltämään."

Myös tuen saaminen lähipiiristä koettiin arvokkaaksi. Ne, jotka olivat kertoneet elintapamuutoksestaan läheisilleen, saivat paljon tukea ja kannustusta perheeltä, sukulaisilta ja työkavereilta.

5.2.3 Elintapamuutosta haittaavia tekijöitä

Elintapamuutoksen toteutumista haittasivat huono terveydentila, erilaiset sisäiset ja ulkoiset syyt sekä tuen puuttuminen lähipiiristä (taulukko 10).

Taulukko 10. Elintapamuutosta haittaavia tekijöitä.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Elintapamuutosta haittaavia tekijöitä	Huono terveydentila	Leikkauksen takia liikkuminen hankalaa Sairauden takia liikkumisen väheneminen
	Sisäiset syyt	Ulkopuolisen vaatimuksen vastustus Jaksaminen ei riitä Aina ei onnistu Motivaation puuttuminen
	Ulkoiset syyt	Syömiseen liittyvät asiat Hankalat olosuhteet Ryhmän alkamisen odottaminen Epäsäännöllinen osallistuminen ryhmään
	Ei tukea lähipiiristä	Ei ole halunnut kertoa laihduttavansa On kertonut vain kiinnostuneille Lapset suhtautuneet kielteisesti

Erilaisten leikkausten ja sairauksien takia liikkuminen oli jäänyt vähemmälle, eikä laihduttaminen ollut siksi onnistunut. Sairaudet olivat hankaloittaneet myös keskittymistä painonhallintaan. Terveydentilan lisäksi aineistosta löytyi myös muita syitä muutoksen epäonnistumiseen. Yksi sisäinen syy oli vastustus ulkoista vaatimusta kohtaan, joka heräsi, kun esimerkiksi lääkärin määräyksestä olisi pitänyt alkaa pudottamaan painoa.

”Se ei onnistu se laihuttaminen sillon, ku se sanotaan niin yhtäkkiä, että nyt rouvapa tulee neljän kuukauven päästä uuestaan ja viis killoa laihempänä, niin katotaan sitte asiaa.”

Sisäisiä syitä olivat myös jaksamisen riittämättömyys ja vaikeus noudattaa ohjeita. Lisäksi motivaation puute oli selkeästi elintapamuutoksen toteutumista estävä tai hidastava tekijä.

Ulkoisia elintapamuutoksen toteutumista haittaavia tekijöitä olivat erityisesti syömiseen liittyvät asiat, hankalat olosuhteet, ryhmän alkamisen odottaminen ja epäsäännöllinen osallistuminen ryhmään. Syömiseen liittyvät asiat olivat tapoja ja tottumuksia, joiden takia tuli syötyä liikaa. Myös

elämäntilanteeseen ja olosuhteisiin liittyi syitä, joiden takia oli vaikea keskittyä muutokseen ja laihduttamiseen. Erityisesti suuret muutokset ja kiireet elämässä haittasivat. Haastateltavia myös harmitti, jos kurssi oli osunut omassa elämäntilanteessa huonoon aikaan, ja kurssin alkamisen viivästyminen turhautti. Jos kurssille ei pystynyt osallistumaan säännöllisesti, tai ryhmän toiminta oli muuten epäsäännöllistä, haittasi myös se elintapamuutosten toteuttamista.

”täss on kyllä tullu niin paljon kaikkee muutakin, takapakkeja sun muita”

”mulle nyt tuli vähä huonoon aikaan tämä kurssi, että se meni vähän...”

Neljäs haittaava tekijä oli, jos lähipiiristä ei saatu tukea. Usea haastateltava ei ollut halunnut kertoa laihduttamisestaan kellekään. Kaikilla ei ollut perhepiirissä ketään kenelle kertoa, mutta tuttaville voitiin myös jättää kertomatta asiasta eri syistä. Ei haluttu esimerkiksi kokea toisten kontrollia ruokailutilanteissa. Perheenjäsenet saattoivat myös suhtautua laihduttamiseen kielteisesti.

”jos joku huomauttaa, että on ylipainoinen, niin tytöt tulee aina, että äiti, et sinä oo, et sinä saa muuttua, sä oot ihana tuommoisena”

6 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata painonhallintaryhmiin osallistuneiden henkilöiden kokemuksia painonhallintaryhmästä elintapamuutoksen tukena. Tarkoitus oli myös selvittää, miten elintapamuutos toteutuu sekä mitkä tekijät auttavat tai haittaavat muutosten tekemisessä. Kokemusten ja mielipiteitten tutkimiseksi valitsimme laadullisen tutkimusotteen ja menetelmäksi teemahaastattelun, jonka toteutimme ryhmähaastatteluina.

Tuloksena muodostui kaksi yhdistävää luokkaa. *Kokemukset painonhallintaryhmästä* vastaa ensimmäiseen tutkimustehtävään ”Millaisia kokemuksia osallistujilla oli painonhallintaryhmästä?” Yhdistävä luokka *Elintapamuutoksen toteutuminen* vastaa toiseen tutkimuskysymykseen ”Miten painonhallintaryhmään osallistuneiden elintapamuutokset toteutuivat, ja mitkä tekijät auttoivat ja mitkä tekijät haittasivat painonhallintaan liittyvän elintapamuutoksen toteuttamista?”

Tulosten perusteella kokemukset painonhallintaryhmästä ja ryhmäohjauksesta ovat pääasiassa myönteisiä. Painonhallintaryhmä koetaan tarpeellisenä ja sillä on merkitystä painonhallintaan liittyvän elintapamuutoksen kannalta. Kielteisenä koetaan lähinnä kurssin lyhyys ja harvat tapaamiset ryhmän kesken. Kurssin monipuolinen sisältö sen sijaan vastaa melko hyvin ryhmäläisten tarpeita, ja heidän kohdallaan toteutuneet myönteiset elintapamuutokset liittyvät terveyteen, ravitsemukseen, liikuntaan ja motivaatioon. On useita tekijöitä, jotka voivat joko auttaa tai haitata elintapamuutoksen toteutumista.

6.1 Keskeisten tulosten tarkastelu

Kaikissa kolmessa ryhmäohjausmallissa (PPP, OTA ja Helmen elämäntapamalli) päähuomio on terveellisissä elämäntavoissa, erityisesti ravitsemuksessa ja liikunnassa. Lisäksi OTA -mallissa on korostuneesti taustalla voimaantumisen ja muutosmotivaation ajatus, ja asiakkaan aktiivinen rooli muutoksessa (Pusa, Alapappila, Kara & Turku 2010). Tutkimuksemme perusteella ravitsemukseen ja syömiseen liittyy runsaasti muutostarpeita. Ravitsemus kiinnostaa, siitä saadaan paljon tietoa, ja ravitsemukseen liittyviä asioita havainnollistetaan monipuolisin keinoin. Ravitsemuksessa ja liikunnassa tapahtuvat myös keskeisimmät elintapamuutokset; ruoan laatu ja ruokarytmi korjaantuvat terveellisemmiksi, sokerin syöminen vähenee, liikkuminen joko tuttujen

tai uusien liikuntalajien parissa lisääntyä. Syömisen saaminen hallintaan, maltillisuus ja säännöllinen painonseuranta auttavat pudottamaan painoa.

Konkreettiset ohjeet muutoksen toteuttamiseksi järkevästi ovat keskeistä ohjauksen sisältöä. Painonhallintakurssien käytännöllisyys ja konkreettisuus koetaan myönteisenä. Yhteinen tekeminen on mukavaa ja hyödyllistä, ja painonseuranta motivoi. Vastaavasti kielteisenä koetaan, ettei liikuntaa harrasteta ryhmässä enempää yhdessä, ja sekä liikuntaa että muuta käytännöllistä sisältöä eri muodoissa toivotaan enemmän. Alkuperäisessä Pieni Päätös Päivässä - ohjausmallissa tapaamisten runko on suunniteltu siten, että jokainen ryhmätapaaminen päätetään yhteiseen liikuntahetkeen ja sen jälkeen ryhmäläisillä on hyvä mahdollisuus liikunnan jatkamiseen ilman ohjaajaa (Heinonen ym. 2004).

Painonhallintakursseilla käytetään useita eri menetelmiä ja aiheet ovat monipuolisia. Punnitus ja askelmittari ovat havainnollisia välineitä, samoin kuin energiasisältö- ja energiankulutustaulukotkin, ja ne antavat tietoa ryhmäläisen kannalta mielekkäässä muodossa. Vastaavasti lääkärintarkastus ennen ja jälkeen kurssia koettaisiin kannustavana. Tarpeet tietopuolista ohjausta kohtaan vaihtelevat, ja siksi kurssilla saadun tiedon määrä koetaan eri tavoin; toisaalta tietoa voidaan saada liikaa toiminnallisuuden kustannuksella, toisaalta tiedon määrä voi jäädä liian vähäiseksi, jos ryhmäläisellä on henkilökohtaisia erityistiedontarpeita.

Tutkimuksemme perusteella painonhallintaan vaikuttavissa elintavoissa toteutuu useita myönteisiä muutoksia. Lähtökohtana on usein jokin henkilökohtainen tai ulkoinen tarve laihtua. Kimmoke muutokselle voi syntyä monesta eri syystä: on esimerkiksi kyllästytty nykyiseen tilanteeseen, saatu hyvä esimerkki lähipiiristä tai mediasta, huomattu elämänlaadun heikentyneen, huolestuttu terveystarkastuksen tuloksista tai ehkä jo sairastuttu vakavasti. Vahva sisäinen tarve ja toisaalta riittävät voimavarat mahdollistavat elintapamuutoksen (Elfhag & Rössner 2005, 76–77). Elämäntilanteeseen liittyvät asiat voivatkin haitata muutoksen toteutumista huomattavasti. Huono terveydentila, kuten esimerkiksi sairaus, joka hankaloittaa liikkumista, voi olla syy elintapamuutoksen epäonnistumiselle.

Esteinä muutokselle voi olla myös monenlaisia sisäisiä ja ulkoisia syitä. Etenkin jaksamista ja motivaatiota tarvitaan, ja niiden puute näkyy tuloksissa. Aina ei onnistuta noudattamaan terveellisiä elämäntapoja, vaikka niiden tärkeys olisikin tiedossa. Olosuhteitten on oltava sopivat, jotta muutoksessa onnistutaan ja sitä pystytään jatkamaan. Painonhallintakurssin tulee osua

hyvään aikaan oman elämäntilanteen kannalta, ja siihen osallistumisen on oltava säännöllistä. Keskeisiä haittaavia tekijöitä ovat kuitenkin syömiseen liittyvät asiat eli tottumukset, jotka ovat painonhallinnan kannalta epäedullisia.

Myönteisten muutosten vaikutukset näkyvät terveyden ja motivaation kohenemisena. Vähäisilläänkin muutoksilla on myönteisiä vaikutuksia (Pietiläinen ym. 2011, 15–16; Mustajoki, Gylling & Malmivaara, 2009, 41–42) ja muutoksessa onnistuminen voimaannuttaa ihmistä (Siitonen 1999, 96, 99), mikä lisää motivaatiota ja uskoa omiin mahdollisuuksiin entisestään. Tällä on paljon merkitystä terveyden kannalta. Tutkimuksemme perusteella motivaation puute on merkittävä haittaava tekijä, joka ilmenee kyllästymisenä ja opittujen asioiden unohtamisena. Sisäinen vastarinta nousee helposti, jos vaatimus laihduttamiseen tulee ulkopuoliselta taholta, kuten esimerkiksi lääkäriltä. Kirjallisuudessa puhutaan ns. muutosvastarinnasta, joka herää erityisesti autoritaarisella lähestymisellä ja suorien neuvojen antamisella (mm. Mustajoki & Kunnamo 2009, viitattu 3.4.2013). Ryhmäohjaajassa ryhmäläiset arvostavatkin tämän ymmärtävää ja kannustavaa suhtautumista.

Vaikka yksilöohjaus onkin ehkä kaikkein asiakaslähtöisin tapa antaa ohjausta, on ryhmäohjaus todettu monella tavalla yhtä hyväksi toimintamalliksi (mm. Pietiläinen ym. 2011, 8; Turku 2007, 87). Ryhmäohjaajalla on paljon vaikutusta ryhmän ilmapiiriin ja toimivuuteen (Kyngäs ym. 2007, 107–111; Vänskä ym. 2011, 96). Ryhmälle ominaisia piirteitä ovat yhteenkuuluvuuden ja turvallisuuden tunteet sekä vertaistuen ja voimavarojen saaminen (Kyngäs ym. 2007, 106; Kopakkala 2005, 190). Helmen elämäntapamallissa yksi tavoite on, että ryhmäläinen saa tapaamisista vertaistukea (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Helmi 2013a). Tutkimuksemme perusteella painonhallintaryhmä on kannustava tekijä elintapamuutosten toteuttamisessa, ja ryhmään osallistuminen koetaan innostavana. Lähipiiriin lisäksi ryhmästä saatava tuki on hyvin tärkeää, ja muun muassa perheeltä puuttuva tuki voi haitata elämäntapojen muuttamista. Vuorovaikutus ja vertaistuen saaminen ovat hyvin tärkeitä ja kokemusten jakaminen on olennainen osa ryhmätapaamisia. Ohjaaja koetaan positiivisena ja miellyttävänä henkilönä, hänen ammattitaitoaan ja erityisesti hyviä ohjaustaitoja sekä hyvää tietopohjaa arvostetaan. Kyky rohkaista, kannustaa, motivoida ja kuunnella kertoo ryhmäohjaajan hyvistä vuorovaikutustaidoista, joita arvostetaan. Myös se, että etäyhteydellä välitetty luento herättää pettymyksen ja epävarmuuden tuntemuksia, kertoo henkilökohtaisen vuorovaikutuksen tarpeesta - toisaalta mahdollisuus vuorovaikutukseen ohjaajan kanssa koetaan hyvin myönteisenä.

Ylipainolla on useita elämänlaatua heikentäviä vaikutuksia (Pietiläinen ym. 2011), ja sen taustalla voi olla monenlaisia henkilökohtaisia syitä (Sarlo-Lähteenkorva 2002). Pitkän ajan kuluessa muodostuneitten elämäntapojen muuttaminen vaatii motivaatiota, pitkäjännitteisyyttä ja tukea. Myönteiset laihtumistulokset eivät välttämättä näy ryhmätoimintaan kuuluvissa punnituksissa. Yksittäinen painonhallintaryhmäläinen on nimittäin saattanut laihtua paljon jo ennen kurssia ja/tai sen jälkeen. Toisaalta pitkäaikainen, jatkuva lihominen on voinut kurssin aikana pysähtyä. Haastatteluissa ilmitulleiden laihtumistulosten ja toisaalta ryhmäohjaajilta saatujen mittaustulosten kesken onkin ristiriitaisuuksia.

Painonhallinnan onnistumisen kannalta on elämäntapojen pysyvä muutos olennaista, ja se vaatii riittävästi aikaa (Mustajoki 2010, 17). Myös Alahuhan (2010) tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaiset: elintapamuutos on pitempiaikainen ja vaativa prosessi. Pieni Päätös Päivässä - ohjausmallissa ryhmätapaamiset on suunniteltu niin, että kurssin kokonaiskesto on noin yksi vuosi. Mallissa kukin tapaaminen kestää kaksi tuntia, jonka aikana ehditään vaihtaa kuulumiset, käsitellä kunkin kerran aiheet, tehdä yhteenvedot käsitellyistä sisällöistä ja jakaa kotitehtävät sekä pitää yhteinen liikuntahetki. (Heinonen ym. 2004.) Tutkimuksemme perusteella painonhallintaryhmän tukea tarvittaisiin pidempään kuin muutaman kuukauden ajan: pidemmällä kurssilla motivaatio säilyisi paremmin ja terveellisemmät elämäntavat tulisivat varmemmin osaksi arkea. Ellei tapaamisia ole painonhallintaryhmäläisen kannalta riittävän pitkällä aikavälillä, tarpeeksi usein ja tiheästi, herättää se pettymyksen tunteita. Kun kurssi sisältää vain viisi tapaamista, harmittaa yhdenkin tapaamisen jääminen väliin esimerkiksi sairauden tai muun esteen takia. Ryhmäläisten ehdotuksesta varsinainen kurssi voisi myös laajentua ryhmäläisten omaehtoiseksi toiminnaksi. Myös alkuperäisessä Pieni Päätös Päivässä -ohjausmallissa ryhmäläisiä kannustetaan jatkamaan toimintaa ilman ammattiohjaajaa (Heinonen ym. 2004).

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tuomen ja Sarajärven (2009, 142) mukaan riittävän ajan varaaminen tutkimuksen tekemiseen, tutkimuksen yksityiskohtainen raportointi ja tutkijakollegoiden arvio tutkimusprosessista lisäävät laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Suunnittelimme opinnäytetyömme tutkimusaikataulun väljäksi, jotta ehtisimme paneutua aiheeseen hyvin. Opiskelijakollegamme antoi vertaisarviointia ja opettajilta saimme ohjausta opinnäytetyöprosessin joka vaiheessa. Lisäksi kuvailimme yksityiskohtaisesti jokaisen työmme vaiheen, ja toteutimme etenkin analyysin etenemisen kuvaamisen huolellisesti. Pyrimme myös käyttämään luotettavaa kirjallisuutta lähteinä. Otimme

lähteiksi perustellusti muutaman oppikirjan ja vanhemman perusteoksen, mutta suurin osa lähteistä oli kymmenen vuoden sisällä julkaistuja, tieteellisesti luotettavia ja arvostettuja artikkeleita ja käytimme runsaasti myös kansainvälisiä julkaisuja. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 159.)

”Haastattelun tallentaminen - - on välttämätöntä” (Hirsjärvi & Hurme 2010, 75). Kun ryhmähaastattelut tallennettiin kahdella eri tallennusvälineellä, emme olleet pelkkien muistiinpanojen tai muistin varassa. Tämä mahdollisti palaamiseen aineistoon aina uudelleen ja varmisti aineiston säilymisen muuttumattomana. Haastattelumateriaalista huomaa, että emme olleet kokeneita ryhmähaastattelijoita. Kysyimme johdattelevia kysymyksiä ja teimme monta muutakin ”aloittelevan haastattelijan” virhettä (em. 124–125). Ryhmähaastattelun tekemistä olisi kannattanut harjoitella etukäteen, kuten olimme alun perin aikoneetkin. Jännityksestä huolimatta ryhmäläiset vaikuttivat kuitenkin kertovan vapaasti ajatuksistaan omana itsenään, ja tutkimushaastattelutilanne muistutti hetkittäin ”aitoa” ryhmätapaamista (ks. s.26).

Kuuntelimme tallenteet heti kunkin haastattelun jälkeen, jotta voisimme onnistua kerta kerralta paremmin seuraavissa haastatteluissa. Kävimme yhdessä haastatteluja läpi ja pohdimme, mihin tulee erityisesti kiinnittää huomiota ja missä on kehitettävää seuraavia haastatteluja ajatellen. Opimme haastattelutekniikkaa haastatteluja tehdessämme, ja saimme ehkä sen ansiosta tiiviimpiä vastauksia loppua kohti. Huomasimme myös, että mitä pienempää ryhmää haastattelimme, sitä vähemmän keskustelu rönsyli. Pohdimmekin siksi jälkeenpäin, olisivatko yksilöhaastattelut olleet sittenkin hyvä vaihtoehto, vaikka aiheena olivat ryhmäkokoonnutumiset. Toisaalta ryhmissä haastateltavat palauttivat yhdessä mieleen tapaamisten sisältöihin liittyviä asioita, joita he eivät välttämättä olisi muistaneet ilman ryhmän apua.

Painonhallintaryhmissä oli alun perin ollut mukana myös henkilöitä, jotka olivat jättäneet kurssin kesken. Näiden henkilöiden ajatukset jäivät siten luonnollisista syistä tutkimatta. Kaikki kurssilaiset eivät myöskään tulleet ryhmähaastatteluun, vaikka olivatkin osallistuneet kurssiin muutoin aktiivisesti. Tämä saattoi vaikuttaa saatuihin tuloksiin siinä mielessä, että tärkeää tietoa jäi nyt saamatta, ja haastateltavien määräkin (13 henkilöä) jäi melko pieneksi. Kuten Hirsjärvi & Hurme (2010, 63) toteavat, ryhmähaastattelusta pois jääminen on yksi menetelmän haittapuoli. Sen lisäksi muutama henkilö voi hallita keskustelua niin, että kaikki eivät saa mielipiteitään kuuluviin. Syynä tähän voivat olla ryhmän hierarkiaan liittyvät asiat. (em. 63.)

Haastattelutilanteessa pyrimme kuitenkin toimimaan niin, että jokainen ryhmäläinen sai suun vuoron ja hiljaisimmilta kysyttiin asioista erikseen.

Sattumalta kaikki haastateltavat olivat naisia, joten miesnäkökulma ei tässä tutkimuksessa tullut esiin. Niistä ryhmistä, jotka tapasivat myös ryhmäohjaajansa joko ennen tai jälkeen haastattelun, haastatteluun saapui yli puolet ryhmän jäsenistä mutta ryhmätapaamisista kokonaan erillisessä haastattelussa alle puolet. Oletamme, että haastateltavat puhuivat haastatteluissa nimenomaan niistä kurssiin liittyvistä asioista, jotka olivat jääneet heille parhaiten mieleen ja olivat siis merkityksellisimpiä. Haastatteluissa nousikin esiin asioita, jotka selkeästi kuvasivat koko ryhmän yleistä mielipidettä. Näitä olivat toive pidempikestoisesta kurssista ja yhdessä tekemisestä. Moni ilmaisi toisaalta enemmänkin yksittäisten ihmisten mielipiteitä, joista ei voi vetää kovin vahvoja johtopäätöksiä ja tulkintoja. Haastatteluaineistoa voisi tulkita sellaisten henkilöiden puheeksi, jotka olivat motivoituneita osallistumaan painonhallintaryhmään tai joiden elämäntilanteessa kurssi oli tullut hyvään aikaan. Opinnäytetyömme tulokset koskevat vain tätä tutkimusta.

Kuten Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 77–78) toteavat, hyvän tutkimusaiheen tärkeimpiä kriteereitä ovat aiheen sopivuus omalle alalle ja sen hyödyllisyys. Muita hyvän tutkimusaiheen tunnusmerkkejä ovat aiheen kiinnostavuus ja opettavaisuus työn tekijän kannalta sekä toteuttamisen realistisuus (em. 77–79). Aihepiiristä oli helppo löytää paljon tutkittua tietoa. Tutkimusta tehdessämme opimme paljon hyvästä painonhallinnanohjauksesta ja siitä, millaista asiakkaiden näkökulmasta on osallistua painonhallinnan ryhmäohjaukseen. Saimme myös tietoa siitä, miten tulevana sairaanhoitajina voimme tukea, kannustaa ja motivoida potilasta pysyviin elintapamuutoksiin ja sitä kautta terveelliseen ja pysyvään painonhallintaan.

Ajankohtaisesta ja mielenkiintoisesta opinnäytetyön aiheesta syntyi paljon vilkasta keskustelua työn edistyessä, ja myös motivaatiomme opinnäytetyön tekemiseen säilyi koko prosessin ajan. Tutkimuksen tekemiseen kului paljon aikaa mutta kuitenkin kohtuullisesti opintojen pituuteen nähden, ja aikataulu piti hyvin, joten opinnäytetyömme valmistui ajallaan. Myös kriteerit (em. 77–79) sopivan ohjaajan saamisesta ja käytännön seikkojen ratkaisemisesta täyttyivät: ohjaajillamme oli erityisasiantuntemusta painonhallinnan tutkimisesta ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin asiantuntijoilta saimme helposti yhteydet tutkimukseemme sopiviin painonhallintaryhmiin. Kaiken kaikkiaan tutkimuksemme oli sen verran laaja, että saimme käyttää monipuolisesti voimavarojamme sen toteuttamiseen ja loppuun viemiseen. (Hirsjärvi ym. 2009, 78–80.)

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Pyrimme noudattamaan tutkimusta tehdessämme hyvää tieteellistä käytäntöä eli toimimme vastuullisesti sekä tutkimusta suunnitellessamme että aineistoa hankkiessamme ja sitä käsitellessämme. Hirsjärven ym. (2009, 25) mukaan ihmisarvon kunnioittaminen kuuluu hyvään tieteelliseen käytäntöön olennaisesti, ja se on ”eettisesti kestävien tutkimustapojen yhteinen lähtökohta” (Kuula 2006, 60). Lisäksi tutkittavien oikeus osallistua tai jättää osallistumatta tutkimukseen perustuu henkilötietolakiin (em. 86). Haastatteluaineistoja kerätessä ei tarvita kirjallista suostumusta mutta tutkimukseen osallistuville tulee antaa riittävät tiedot tutkimuksesta kirjallisesti ja heidän on annettava suostumus (em. 117, 119). Siksi kysyimme ryhmähaastatteluihin osallistujilta halukkuutta osallistua tutkimukseen, selvitimme heille tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteet sekä kirjallisella tiedotteella (liite 3) että suullisesti. Tutkittavilla oli oikeus jättää tulematta haastatteluun sekä lähteä haastattelusta kesken pois.

Myös haastattelutilanteessa pyrimme toimimaan kunnioittavasti ja yksityisyyttä suojellen. Haastattelut tallennettiin sekä sanelukoneella että videokameralla. Pyysimme haastateltavilta etukäteen myös kirjallisen suostumuksen (liite 4) tiedon keräämiseen ja haastattelujen tallentamiseen. Kerroimme haastateltaville, että aineistoa säilyttäisiin vain tutkimuksen tekemisen ajan, eikä sitä käsitteletä kukaan muu meidän lisäksemme. Osallistujien tunnistamiseen liittyvät tiedot kuten esimerkiksi nimet, iät, kotikunnat, painonhallintaryhmien kokoontumispaikkakunnat ja muut erisnimet poistettiin jo litterointivaiheessa niin, että valmiista raportista tutkimukseen osallistujia ei voida tunnistaa. Sisällönanalyysin pelkistysvaiheessa poistettiin lisää yksityiskohtaista tietoa samasta syystä.

Tallennettu aineisto hävitettiin asianmukaisesti heti, kun sitä ei enää tarvittu. Myös litteroitua aineistoa käsiteltiin huolellisesti, ettei kenenkään tutkittavan henkilöllisyys paljastuisi tutkimusprosessin aikana keskeneräisistä muistiinpanoista tai raportista. Opinnäytetyön ohjaajat eivät koskaan kuunnelleet tai nähneet alkuperäisiä tallenteita, eivätkä he lukeneet litteroitua aineistoa, jossa oli vielä tunnistettavia erisnimiä näkyvillä, vaan vasta sitä versiota, josta kaikki tunnistetiedot oli poistettu. Näin pyrimme säilyttämään haastateltavien yksityisyyden. Tämän lisäksi kirjoitimme raportin kunnioittavasti ja totuudenmukaisesti, haastateltavia loukkaamatta.

6.4 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Painonhallintaryhmät ovat pidettyjä ja osallistujien kannalta hyödyllisiä. Ryhmässä arvostetaan erityisesti asiantuntemusta, vertaistukea ja vuorovaikutusta, joita olisi hankala saada muuten. Painonhallintaryhmästä hyötyy erityisen paljon henkilö, joka on motivoitunut painonhallintaan ja kenties ryhtynytkin siihen jo omatoimisesti. Hän saa ryhmästä tarvitsemaansa tukea ja osallistuu aktiivisesti saadakseen itselleen tärkeää tietoa. Myös vähemmän motivoitunut tai hankalassa elämäntilanteessa oleva henkilö hyötyy kurssista, koska kurssi tarjoaa sekä tietoa painonhallinnan toteuttamisesta että kokemusta ja esimerkkejä toisilta kurssilaisilta.

Koska elintapamuutoksen toteutuminen on vahvasti yhteydessä motivaatioon ja elämäntilanteeseen, olisi painonhallintaryhmästä saatavaan tukeen oltava mahdollisuus yksilöllisten tarpeitten mukaan. Siksi kursseja kannattaa mainostaa niin näkyvästi, että niille haluavat henkilöt tavoitetaan mahdollisimman hyvin. Samasta syystä on hyvä olla riittävästi voimavaroja kurssien aloittamiseksi säännöllisin väliajoin.

Lyhytkestoisella kurssilla kannattaa keskittyä olennaisimpiin painonhallintaan liittyviin asioihin ja etenkin kunkin painonhallintakurssilaisen kannalta olennaisimpiin asioihin, koska elintapamuutoksen toteuttamiseen liittyvät asiat ovat suorassa suhteessa ryhmätapaamisten sisältöihin. Mutta koska kursseilla puhutaan muutosten maltillisuudesta ja korostetaan yhden muutoksen toteuttamista kerrallaan, on ristiriitaista, että kurssien pituus on rajattu tarkoituksella lyhyeksi. Pidemmän kurssin aikana olisi mahdollisuus toteuttaa useampia elämäntapamuutoksia. Pitkäkestoisella kurssilla olisi myös joustovaraa eri elämäntilanteitten kuten sairastumisten ja muiden vastaavien tilanteitten kannalta.

Saavutetut tulokset näyttävät vaatimattomilta pelkästään ryhmätapaamisissa toteutettujen mittaustulosten perusteella, eikä osa ryhmäläisistä saavuttanut pysyviä laihutumistuloksia kurssin aikana. Siksi jokaisen painonhallintaryhmäläisen kokonaistilanne pitkällä ajanjaksolla kertoisi elintapamuutoksen onnistumisesta paremmin, koska kurssin vaikutus kuitenkin näkyy asenteitten ja päivittäisten valintojen muuttumisena. Tähän liittyen jatkoseuranta olisi tärkeää.

Vaikka käytännössä kaikilta ryhmiin osallistuneilta mitataan vyötärön ympärykset ja paino, ja painonhallintaryhmän tulovaiheeseen voi liittyä myös laboratoriokokeita, ei mittausravot kuitenkaan seurata kovin säännöllisesti jokaisella kurssilla, eikä etenkin veriarvoja kontrolloida

uudestaan. Haastateltavat ovat kuitenkin kiinnostuneita myös juuri näistä asioista. Terveystilan tiiviimpi seuranta olisi todennäköisesti yksi tärkeä motivoiva tekijä elintapamuutoksen toteuttamisessa.

Alkuperäiset ryhmäohjausmallit sisältävät monia hyvin perusteltuja ajatuksia; ryhmätoiminnan riittävän pitkä kesto, ryhmästä saatu vertaistuki, ohjaajan asiantuntijuus, yhdessä tekeminen sekä painon ja terveystilan seuranta ovat painohallintaryhmään osallistujan kannalta tärkeitä. Kurssin kehittämistarpeet liittyvätkin enimmäkseen niihin toimintatapoihin, jotka poikkeavat huomattavasti alkuperäisistä malleista; Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella kurssien kesto on PPP- ja OTA- ohjausmalleihin verrattuna lyhyempi, ja sen myötä kurssien sisältö painottuu tiedon jakamiseen yhdessä tekemisen kustannuksella.

6.5 Jatkotutkimusaiheita

Koska tutkimamme painohallintaryhmät kokoontuivat vain viisi kertaa lyhyellä aikavälillä, olisi kiinnostavaa tutkia myöhemmin, miten ryhmään osallistuneet ovat onnistuneet painohallinnassa esimerkiksi yhden tai kahden vuoden seurantajaksolla. Olisi myös hyödyllistä tutkia, mitä merkitystä painohallintaan liittyvän elämäntapamuutoksen kannalta on sillä, että ryhmässä on eri muutosvaiheessa olevia henkilöitä: hyötyisivätkö ryhmäläiset enemmän siitä, että he olisivat keskenään samankaltaisessa tilanteessa vai siitä, että he saavat kuulla toisten ryhmäläisten kokemuksia eri muutosvaiheista.

Oli mielenkiintoista havaita, että haastateltavat eivät välttämättä mieltäneet ryhmää ns. laihdutusryhmäksi. Olisikin kiinnostavaa selvittää, millaisia eroja terveydenhuollon järjestämisessä painohallintakursseissa on esimerkiksi kaupallisiin laihdutuskursseihin verrattuna. Toinen kiinnostava aihe olisi tutkia, miten ihmiset yleensäkin ymmärtävät käsitteet *”laihduuttaminen”* tai *”painohallinta”*. Ylipainoiset ja painohallinnan kanssa muutoin kamppailevat ihmiset antavat em. käsitteille merkityksiä, joiden tunteminen lisäisi onnistuneen painohallinnanohjauksen edellytyksiä.

Mielenkiintoista olisi myös tarkastella syvemmin haastateltavien ylipainoon liittyviä syitä, jotka eivät ole niin yksinkertaisia, kuin voisi kuvitella. Vaikka ongelmien ja niiden taustalla olevien syiden sijaan onkin tärkeämpää keskittyä ongelmien ratkaisuun, syiden oivaltaminen saattaisi

auttaa painonsa kanssa kamppailevia. Lisäksi se auttaisi myös painonhallintaryhmien vetäjiä kehittämään ryhmätapaamisten sisältöjä entistäkin laadukkaammiksi.

LÄHTEET

Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 127 (21), 2265–72.

Alahuhta, M., Korkiakangas, E., Jokelainen, T., Husman, P., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2009. Miten henkilöt, joilla on kohonnut tyypin 2 diabeteksen riski kuvaavat elintapamuutostaan ja painonhallintaansa? Sosiaalilääketieteellinen Aikauslehti 46, 148–158.

Alahuhta, M. 2010. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Oulu: Oulun yliopisto.

Antonowsky, A. 1996. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International. 11 (1), 11-18.

Duodecim. 2013. Lääketietokanta. Viitattu 14.6.2013, http://www.terveysportti.fi/terveysportti/dlr_laake.koti.

Elfhag, K. & Rössner, S. 2005. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. Obesity Reviews 6: 67–85.

Fogelholm, M. 2011. Lihavuus ja kehon koostumus. Teoksessa: M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.) Terveysliikunta. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 121–122.

Fogelholm & Hakala. 2006. Lihavuuden ehkäisy hyviä ruokatottumuksia ja fyysistä aktiivisuutta edistämällä. Teoksessa: P. Mustajoki, M. Fogelholm, A. Rissanen & M. Uusitupa (toim.) Lihavuus: ongelma ja hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 140–141.

Fogelholm, M., Hakala, P., Kara, R., Kiuru, S., Kurppa, S., Kuusipalo, H., Laitinen, J., Marniemi, A., Misikangas, M., Roos, E., Sarlio-Lähteenkorva, S., Schwab, U. & Virtanen, S. 2014. Terveystä ruoasta: Suomalaiset ravitsemussuosituks 2014. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta.

Franco, M., Bilal, U., Orduñez, P., Benet, M., Morejón, A., Caballero, B., Kennelly, J.F. & Cooper, R.S. 2013. Population-wide weight loss and regain in relation to diabetes burden and cardiovascular mortality in Cuba 1980–2010: repeated cross sectional surveys and ecological comparison of secular trends. Viitattu 29.4.2013, <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f1515>.

Heinonen, L., 2006a. Miten painoa hallitaan? Teoksessa: P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E. A. Kaprio & T. Rönnemaa (toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Diabetesliitto ry, 141–142.

Heinonen, L., 2006b. Laihduttamisen tarpeellisuus. Teoksessa: P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E. A. Kaprio & T. Rönnemaa (toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Diabetesliitto ry, 140.

Heinonen, K., Heinonen, L., Turku, R., Alapappila, A., Holla, T., Koivisto, P., Hakala, P. & Pynnönen, O. 2004. Pieni Päätös Päivässä – painonhallinta: ohjaajan kansio. Helsinki: Suomen Sydänliitto ry ja Suomen Diabetesliitto ry.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2013. Lihavuusleikkaus ja leikkaustyytit. Viitattu 23.9.2013, <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/vatsaelinkirurgia/lihavuuskirurgia/lihavuusleikkauksen-leikkaustyytit/Sivut/default.aspx>.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

International Association for the Study of Obesity (IASO). 2011. Global Prevalence of Adult Obesity. Viitattu 20.5.2013, http://www.iaso.org/site_media/uploads/Global_Prevalence_of_Adult_Obesity_January_2011.pdf.

International Diabetes Federation. 2006. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. Viitattu 9.6.2013, http://www.idf.org/webdata/docs/MetS_def_update2006.pdf.

Jula, A., Kantola, I., Lehto, S., Mervaala, E., Metsärinne, K., Pörsti, I., Strandberg, T., Tikkanen, I., Tikkanen, T., Kukkonen-Harjula, K., Fyhrquist, F., Kaaja, R., Kastarinen, M., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Koivisto, P., Luostarinen, E., Nieminen, M. S., Niiranen, T., Niskanen, L., Olkinuora, J., Ruskoaho, H., Takala, J. & Tuomilehto, J. 2009. Kohonnut verenpaine. Käypä hoito-suositus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim & Suomen Verenpaineyhdistys ry. Viitattu 13.6.2013, <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi04010.pdf>.

Järvi, L. 2013a. Terveiden edistämisen koordinaattori, ravitsemusterapeutti, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, OYS. Keskustelu 27.3.2013, OYS.

Järvi, L. 2013b. Terveiden edistämisen koordinaattori, ravitsemusterapeutti, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, OYS. Sähköpostiviesti 4.9.2013.

Kaukua, J. 2006. Lihavuus, laihduttaminen ja terveyteen liittyvä elämänlaatu. Teoksessa: P. Mustajoki, M. Fogelholm, A. Rissanen & M. Uusitupa (toim.) Lihavuus: ongelma ja hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 39–48.

Klaukka, T., Helin-Salmivaara, A., Ilanne-Parikka, P. 2001. Missä vika, kun potilas ei ymmärrä omaa parastaan? Suomalainen Lääkärilehti 56 (21–22), 2408–2412.

Kopakkala, A. 2005. Porukka, jengi, tiimi. Ryhmädynamiikka ja siihen vaikuttaminen. Helsinki: Edita Prima Oy.

Koponen, H. 2011. Painonnousu psyykenlääkkeiden haittavaikutuksena. Suomen lääkärilehti 66 (11), 730.

Kuula, A. 2006 Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Kyngäs, H. & Vanhanen, 1999. Sisällönanalyysi. Hoitotiede 11, 3-12.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Oulun yliopisto.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö 6 (4), 10–15.

Laakso, M. 2005. Metabolisen uudet kriteerit ja hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 121 (14), 1521–1530.

Lahtinen, M. 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa: K. Lipponen, H. Kyngäs & M. Kääriäinen. Potilasohjauksen haasteet: käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala, 6–9.

Morin-Papunen, L. & Tapanainen, P. 2005. Miten tytön lihavuus lapsuudessa ja murrosiässä heijastuu lisääntymisterveyteen? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 121 (17), 1899–1907.

Movahed, M.-R., Bates, S., Strootman, D. & Sattur, S. 2011. Obesity in Adolescence is Associated with Left Ventricular Hypertrophy and Hypertension. Echocardiography 28 (2), 150–153.

Mustajoki, P. 2003. Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi osapuoleksi? Suomen Lääkärilehti 58 (42), 4235–4237.

Mustajoki, P. 2010. Painonhallinta: painavaa tietoa kohti kevyempää oloa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mustajoki, P. & Kunnamo, I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Viitattu 3.4.2014, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147.

Mustajoki, P. & Leino, U. 2002. Laihdu pysyvästi: hallitse painoasi. Helsinki: Duodecim.

Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.) 2006. Lihavuus: ongelma ja hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Mustajoki, P., Gylling, H. & Malmivaara, A. 2009. Lihavuusongelman ja ei-kirurgisten hoitovaihtoehtojen kuvaus. Teoksessa: T. Ikonen, H. Anttila, H. Gylling, J. Isojärvi, V. Koivukangas, T. Kumpulainen, P. Mustajoki, S. Mäklin, S. Saarni, S. Saarni, H. Sintonen, M. Victorzon & A. Malmivaara. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen raportti 2009:16, 36–45. Viitattu 12.6.2013, <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/739965e6-bf7f-4d48-9d29-31b2275c9976>.

Mustajoki, P., Rissanen, A. & Uusitupa, M. 2006. Lihavan potilaan tutkiminen ja hoitomuodon valinta. Teoksessa: P. Mustajoki, M. Fogelholm, A. Rissanen & M. Uusitupa (toim.) Lihavuus: ongelma ja hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 158–166.

Männistö, S., Laatikainen, T. & Vartiainen, E. 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. Viitattu 21.8.2013, http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiiviisti4_lihavuus.pdf?sequence=1.

Ng, M. ym. 2013. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. Viitattu 29.5.2014, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60460-8/fulltext#](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60460-8/fulltext#).

Onnismaa, J. 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö: aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Helsinki: Gaudeamus.

Pietiläinen, K., Saarni, S., Fogelholm, M., Hakala, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Koivukangas, V., Laine, M., Marttila, J., Pekkarinen, T., Rissanen, A. & Kukkonen-Harjula, K. 2011. Lihavuus (aikuisten). Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Lihavuustutkijat ry. Viitattu 27.5.2013, <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi24010?hakusana=aikuisten+lihavuus>.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2011. Tavoitteena terveyttä. Terveiden edistämisen yhteistyö: toimintasuunnitelma 2011–2013. Viitattu 27.5.2013, https://www.pppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/22268_TERE_toimintasuunn_PAINO3_valmis.pdf.

Prochaska J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. 1992. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 47 (9), 1102-1114.

Prochaska, J.O. 2008. Decision Making in the Transtheoretical Model of Behavior Change. *Medical Decision Making* 28 (6), 845–849.

Pusa, T., Alapappila, A., Kara, A. & Turku, R. 2010. OTA -ohjauskartta: aineistopaketti motivoinnin ammattilaiselle. [Helsinki]: Suomen Sydänliitto ry.

Raatikainen, K. & Heinonen, S. 2006. Lihavuus on vaaraksi raskaudelle. *Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim* 122 (20), 2421–2422.

Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. C. 2008. Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior. New York: Guilford Press.

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Duodecim* (125), 2351–2359.

Saaresranta, T., Anttalainen, U., Brander, P., Helin-Salmivaara, A., Hiltunen, L., Himanen, S-L., Lojander, J., Pahkala, R., Partinen, M., Polo, O., Seppä, J., Ryytänen, O-P., Saunamäki, T., Sjösten, N. & Virtanen, I. 2010. Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla). Käypä hoito-suositus. *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim*, Suomen keuhkolääkäriyhdistys ja Suomen Unitutkimusseura ry. Viitattu 10.6.2013, <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50088.pdf>.

Sarlio-Lähteenkorva, S. 2002. Lihavuuteen ja painonlaskun säilymiseen liittyvät sosiaaliset, terveydelliset ja käyttäytymistekijät. Helsinki: Suomen Diabetesliitto ry, Suomen Sydänliitto ry ja Kansaneläkelaitos.

Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulu: Oulun yliopisto.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Helmi. 2013a. Helmen elämäntapamalli. Viitattu 20.3.2013 <http://www.sotehelmi.fi/helmi/terveyspalvelut/helmen-elamantapamalli.html>.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Helmi. 2013b. Elämäntaparyhmien organisointi: Helmen malli. Viitattu 20.3.2013, <http://www.sotehelmi.fi/media/tiedostot/sotehelmi/helmen-elamantapamalli/helmen-elamantaparyhma-kaavio.pdf>.

Suomen Diabetesliitto ry. 2013a. Riskitesti. Viitattu 9.6.2013, http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/diabeteksen_ehkaisy/riskitesti.

Suomen Diabetesliitto ry. 2013b. Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake. Viitattu 9.6.2013, <http://www.epshp.org/d2d/elamantavat/Tyypin%20%20diabeteksen%20riskitesti.pdf>.

Suomen Diabetesliitto ry ja Suomen Sydänliitto ry. 2013. Pieni Päätös Päivässä -internet-sivusto. Viitattu 10.6.2013, <http://www.pienipaatospaivassa.fi/etusivu>.

Suomen kielen perussanakirja. 2001. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja 55. Helsinki: Edita Oy.

Suomen Sydänliitto ry. 2012. Painoindeksi ja vyötärönympäryys. Viitattu 9.6.2013, <http://www.sydanliitto.fi/painoindeksi-ja-vyotaronymparys1>.

Suominen, S. & Lindström, B. 2008. Salutogenesis. Scandinavian Journal of Public Health 36, 337–339.

Taloussanomat. 2011. Jatkuva lihominen rasittaa Suomen taloutta. Viitattu 10.6.2013, <http://www.taloussanomat.fi/kotimaa/2011/12/12/jatkuva-lihominen-rasittaa-suomen-taloutta/201118819/12>.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa: valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Hki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomilehto, J., Lindström, J., Peltonen, M., Eriksson, J.G., Valle, T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, V. & Uusitupa, M. For The Finnish Diabetes Study Group. 2001. Prevention of type 2 diabetes mellitus

by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. The New England Journal of Medicine 344, 1343–1350.

Uusitupa, M. 2001. Liikunta ja ruokavalio ovat metabolisen oireyhtymän täsmähoitoa. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 117 (6), 621.

Uusitupa, M. 2006a. Lihavuus ja terveys. Teoksessa: P. Mustajoki, M. Fogelholm, A. Rissanen & M. Uusitupa (toim.) Lihavuus: ongelma ja hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 24–38.

Uusitupa, M. 2006b. Perimä ja lihavuus. Teoksessa: P. Mustajoki, M. Fogelholm, A. Rissanen & M. Uusitupa (toim.) Lihavuus: ongelma ja hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 86–88.

Uusitupa, M. 2007. Lihavuus. Teoksessa: A. Aro, M. Mutanen & M. Uusitupa (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 369–393.

Vasankari, T. 2008. Lihavuuden ehkäisyn ja hoidon haasteet kasvavat. UKK-instituutti. Terveysliikunnan tutkimusuutiset 2008. Viitattu 29.4.2014, <http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/187-nettiin-tutkimusuutiset08.pdf>.

Victorzon, M., Koivukangas, V., Gylling, H., Kumpulainen, T. & Ikonen, T.S. 2009. Kirurgisten hoitojen kuvaus ja nykykäytännöt. Teoksessa: T. Ikonen, H. Anttila, H. Gylling, J. Isojärvi, V. Koivukangas, T. Kumpulainen, P. Mustajoki, S. Mäklin, S. Saarni, S. Saarni, H. Sintonen, M. Victorzon & A. Malmivaara. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen raportti 2009:16, 46. Viitattu 12.6.2013, <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/739965e6-bf7f-4d48-9d29-31b2275c9976>.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus?: sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita.

World Health Organization (WHO). 2009. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Viitattu 20.5.2013, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/index.html.

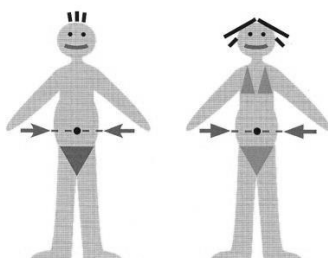
World Health Organization (WHO). 2011. Waist circumference and waist–hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8–11 December 2008. Viitattu 18.8.2013, http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501491_eng.pdf.

LIITTEET

- 1. Tyypin 2 diabeteksen riskitesti**
- 2. Teemahaastattelurunko**
- 3. Saatekirje**
- 4. Suostumuslomake**
- 5. Esimerkkejä sisällönanalyysin etenemisestä**

Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake

- **1. Ikä**
- ☐ Alle 45 v. (0 p.)
- ☐ 45–54 v. (2 p.)
- ☐ 55–64 v. (3 p.)
- ☐ Yli 64 v. (4 p.)
- **2. Painoindeksi**
(Laske oma painoindeksisi.
Laskuohje seuraavalla sivulla)
- ☐ Alle 25 kg/m² (0 p.)
- ☐ 25–30 kg/m² (1 p.)
- ☐ Yli 30 kg/m² (3 p.)
- **3. Vyötärönympärys mitattuna kylkiluiden alapuolelta (yleensä navan kohdalta)**
- | MIEHET | NAISET | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> Alle 94 cm | <input type="checkbox"/> Alle 80 cm | (0 p.) |
| <input type="checkbox"/> 94–102 cm | <input type="checkbox"/> 80–88 cm | (3 p.) |
| <input type="checkbox"/> Yli 102 cm | <input type="checkbox"/> Yli 88 cm | (4 p.) |
- **4. Sisältyykö jokaiseen päivääsi yleensä vähintään puoli tuntia liikuntaa työssä ja/tai vapaa-ajalla ns. arkiliikunta mukaan lukien?**
- ☐ Kyllä (0 p.)
- ☐ Ei (2 p.)
- **5. Kuinka usein syöt kasviksia, hedelmiä tai marjoja?**
- ☐ Päivittäin (0 p.)
- ☐ Harvemmin kuin joka päivä (1 p.)
- **6. Oletko koskaan käyttänyt säännöllisesti verenpainelääkkeitä?**
- ☐ En (0 p.)
- ☐ Kyllä (2 p.)
- **7. Onko verensokerisi joskus todettu olevan koholla (esim. terveystarkastuksessa, jonkin sairauden yhteydessä, raskauden aikana)?**
- ☐ Ei (0 p.)
- ☐ Kyllä (5 p.)
- **8. Onko perheenjäsenilläsi tai sukulaisillasi todettu diabetesta (tyypin 1 tai 2 diabetesta)?**
- ☐ Ei (0 p.)
- ☐ Kyllä: isovanhemmilla, vanhempien sisaruksilla tai serkuilla (mutta ei omilla vanhemmilla, sisaruksilla tai lapsilla) (3 p.)
- ☐ Kyllä: vanhemmilla, sisaruksilla tai omilla lapsilla (5 p.)



Riskipisteitä yhteensä



Riski sairastua tyypin 2 diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa on

- alle 7** Pieni: arviolta yksi sadasta sairastuu
- 7–11** Jonkin verran lisääntynyt: arviolta yksi 25:stä sairastuu
- 12–14** Kohtalainen: arviolta joka kuudes sairastuu
- 15–20** Suuri: arviolta joka kolmas sairastuu
- yli 20** Hyvin suuri: arviolta puolet sairastuu

MITÄ VOIT TEHDÄ SAIRASTUMISRISKIN PIENENTÄMISEKSI?

Et voi vaikuttaa ikääsi, etkä perinnölliseen alttiuteen. Sen sijaan muut diabetekselle altistavat tekijät – liikalpaino, vatsakuu, vähäinen liikunta, ruokatuottumukset ja tupakointi – ovat omia valintojasi. Elämäntapoihisi liittyvillä valinnoilla voit joko kokonaan ehkäistä tai ainakin siirtää tyypin 2 diabetesta mahdollisimman myöhäisiin vuosiin.

Jos suvussasi on diabetesta, ole erityisen tarkka siinä, että painosi ei pääse vuosien mittaan nousemaan. Erityisesti vyötärönmitan kasvaminen merkitsee riskin lisääntymistä. Kohutuullinen ja säännöllinen liikunta laskee diabetriskiä. Kiinnitä huomiota myös ruokavalioosi: nauti päivittäin runsaasti kuitupitoisia viljatuotteita ja kasviksia. Jätä pois ylimääräiset ko-

vat rasvat ja suosi pehmeitä kasvirasvoja.

Tyypin 2 diabetes ei alkuvaiheessa yleensä aiheuta mitään oireita.

JOS SAIT TESTISSÄ 7–14 PISTETTÄ

- Sinun kannattaa pohtia liikunta- ja ruokatuottumuksiasi ja kiinnittää huomiota painoosi estääksesi diabetksen kehittymistä.
- Ota yhteyttä terveyskeskukseen tai työterveyshuoltoon saadaksesi lisäneuvoja.

JOS SAIT TESTISSÄ 15–20 PISTETTÄ

- Hakeudu terveyden- tai sairaanhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolle sairastumisriskisi tarkempaan arviointiin.

JOS SAIT TESTISSÄ YLI 20 PISTETTÄ

- Hakeudu ensi tilassa terveyden- tai sairaanhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolle verensokerin mittaukseen (sekä paastoarvo että sokerirasituksen tai aterian jälkeinen arvo) mahdollisen oireettoman diabetksen toteamiseksi.

Tyypin 2 diabetksen riskitesti on Diabetesliiton julkaisema (10/2001) ja sen ovat suunnitelleet professori Jaakko Tuomilehto Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitokselta ja erikoistutkija Jaana Lindström Kansanterveyslaitoksesta. Testi perustuu laajaan tutkimusaineistoon.

PAINOINDEKSI

Normaalipainon arvioinnissa käytetään painoindeksiä, joka lasketaan siten, että paino jaetaan pituuden neliöllä. Esimerkki: jos pituutta on 165 cm ja painoa 70 kg, on painoindeksi $25,7$ ($70 / (1,65 \times 1,65) = 25,7$).



Kun painoindeksi on 25–30, laihduttamisesta on hyötyä, ja erityisesti kannattaa huolehtia, ettei paino ainakaan nouse. Kun painoindeksi on yli 30, lihavuuden terveydelliset haitat alkavat selvästi lisääntyä ja laihduttaminen on tärkeää.

Painoindeksi- eli BMI-taulukko

Pituus (cm)	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104	106	108	110	112	114	116	118	120	122	124	126	128	130	132	134	136
200	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34
198	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	
196	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34		
194	13	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36
192	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	
190	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	
188	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36		
186	14	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36		
184	15	15	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	37	37		
182	15	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	37	37			
180	15	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	37	37			
178	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	37	37				
176	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	37	37					
174	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	37	37						
172	17	18	18	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	37	37								
170	17	18	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	37	37									
168	18	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	37	37										
166	18	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	37	37										
164	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	37	37											
162	19	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	37	37												
160	20	20	21	22	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	37	37													
158	20	21	22	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	37	37														
156	21	21	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	37	37															
154	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	37	37																	
152	22	23	24	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	37	37																			
normalipaino	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104	106	108	110	112	114	116	118	120	122	124	126	128	130	132	134	136
lieväliihattu																																												
merkittävä liihattu																																												
valtava liihattu																																												
Paino (kg)	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104	106	108	110	112	114	116	118	120	122	124	126	128	130	132	134	136

(Suomen Diabetesliitto 2013b.)

1. Taustatiedot

2. Elintapamuutoksessa onnistuminen:

- Ryhmäläisten omat tavoitteet
 - ennakko-odotukset
 - laihdutustavoitteet, muut tavoitteet ja tavoitteitten toteutuminen
- Elintapamuutoksen toteuttaminen
 - elintapamuutos ja muutoksessa auttaneet/estäneet tekijät

3. Painonhallintaryhmään osallistuminen:

- Ryhmän merkitys
 - ryhmään tulon syyt
 - ryhmän hyödyt
 - ryhmään osallistumisen haittapuolia
 - ryhmän merkitys
- Ohjaajan merkitys
 - hyvä ryhmäohjaaja
- Ohjausmenetelmien sopivuus
 - tapaamisten sisältö ja eri menetelmät

Saatekirje

31.10.2013

Hyvä ryhmäläinen,

olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Oulun seudun ammattikorkeakoulun Oulaisten yksiköstä. Teemme painonhallintaan liittyvää opinnäytetyötä *"Painonhallintaryhmä elämäntapamuutoksen tukena: kokemuksia painonhallintaryhmään osallistumisesta"*. Opinnäytetyömme liittyy Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen kehittämistyöhön, jota tehdään Perusterveydenhuollon yksikössä. Tutkimme painonhallintaryhmään osallistuneiden kokemuksia ryhmään osallistumisesta ja ryhmäohjauksesta.

Haastattelemme kolmea painonhallintaryhmää lokakuussa 2013. Haastattelu kestää noin tunnin. Se nauhoitetaan ja videoidaan. Henkilöllisyytenne pysyy salassa koko tutkimuksen ajan, ja aineistoa käsittelevät vain opinnäytetyön tekijät. Haastatteluaineisto on tarkoitettu vain tätä opinnäytetyötä varten, aineisto hävitetään heti, kun sitä ei enää tarvita, eikä sitä käytetä muuhun tarkoitukseen.

Opinnäytetyömme ohjaajina toimivat Maija Alahuhta ja Irmeli Pasanen Oulun seudun ammattikorkeakoulusta. Tutkimusluvan meille ovat myöntäneet Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Helmen perusturvajohtaja ja X:n terveyskeskuksen johtava hoitaja. Opinnäytetyömme on tarkoitus valmistua syksyllä 2014.

Mikäli teillä on kysymyksiä opinnäytetyöstämme, voitte olla meihin yhteydessä puhelimitse tai sähköpostitse.

Ystävällisin terveisin

Saila Hautajoki
sähköposti
puhelin

Hanna Korkeakoski
sähköposti
puhelin

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

31.10.2013

Suostun osallistumaan opinnäytetyötutkimukseen ”*Painonhallintaryhmä elämäntapamuutoksen tukena: kokemuksia painonhallintaryhmään osallistumisesta*” ja annan luvan tallentaa haastattelun sekä käyttää haastatteluaineistoa kyseisen opinnäytetyön tekemiseen.

Olen mukana vapaaehtoisesti ja minulla on halutessani oikeus kieltää suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän, että antamiani tietoja käsitellään luottamuksellisesti eikä henkilöllisyyttäni voida tunnistaa tutkimusraportista.

Aika ja paikka

Tutkimukseen osallistujan allekirjoitus ja nimenselvennys

Taulukko 11. Yläluokan ”Ryhmäohjaajan henkilökohtaiset ominaisuudet” muodostuminen alkuperäisistä ilmaisuista.

alkuperäiset ilmaisut	pelkistetyt ilmaisut	alaluokat	yläluokka
<i>Oikee mukava</i>	ohjaaja oli oikein mukava	Miellyttävä henkilö	Ryhmäohjaajan henkilökohtaiset ominaisuudet
<i>Aiva ihana</i>	ohjaaja oli aivan ihana		
<i>Se on henkilönä semmonen ihminen, että on hyvä tuohon hommaan.</i>	ohjaaja oli henkilönä ryhmäohjaajaksi sopiva		
<i>oli semmonen rempseä ja mukava</i>	ohjaaja oli rempseä ja mukava	Positiivinen henkilö	
<i>se on semmonen rempseä</i>	ohjaaja oli reipas		
<i>naurattaja</i>	ohjaaja sai nauramaan		
<i>jotenki helppo samastua, sillai, ettei oo semmonen ylhäältä sanelevan tuntunen ollenkaan, että ”terveystäti”</i>	ohjaajaan oli helppo samaistua	Ohjaajaan voi samaistua	
<i>ja olla aiva oma ihtensä</i>	sai olla oma itsensä		
<i>Että hän ku puhuu näistä asioista, vaikkei itekkää täysin noudata kaikkia mitä pitäs novattaa.</i>	oli mukava, että ohjaaja myönsi, ettei itsekään noudata kaikkia ohjeita		
<i>se oli sikäli mukava, että se sano, että ku hän on itekki tämmönen pullukka, että kyllä hän tuota ymmärtää, ja, ja vähä niinku sitte samaistu meihin siinä mielessä.</i>	koska ohjaajakin oli ylipainoinen, hän ymmärsi ja voi samaistua ryhmäläisiin		
<i>Jokkaine saa olla oma ihtesä, semmonen ku on</i>	jokainen [myös ohjaaja] saa olla oma itsensä, semmoinen kuin on		

Taulukko 12. Yläluokan ”Painonhallintaryhmän tuki” muodostuminen alkuperäisistä ilmaisuista.

alkuperäiset ilmaisut	pelkistetyt ilmaisut	alaluokat	yläluokka
<i>se sitte kuitenkin eri asia saaha face to face ihmiseltä, joka on kiinnostunu asiasta ja tietää, niin. Se mennee vähä eri lailla perille se.</i>	pitää parempana saada tietoa kasvokkain asiantuntijalta	Mahdollisuus vuorovaikutukseen	Painonhallintaryhmän tuki
<i>jos se ravintoterapeutti ois ollu tässä näin, nii ois pystyny aiva erilaill saamaan kontaktin</i>	ravitsemusterapeuttiin olisi saanut paremmin yhteyden paikan päällä		
<i>ja kyselläkki saa</i>	ryhmässä on mahdollisuus kysellä		
<i>Ja sitte puhutaan keskenään tällä lailla</i>	vuorovaikutus on tärkeää		
<i>No, on tuossa nähty kylällä ja kysytty, että mikä tilanne.</i>	ryhmäläiset ovat puhuneet tavatessaan		
<i>on soiteltu näissä merkeissä jonkun verran</i>	on pitänyt yhteyttä toiseen ryhmäläiseen	Vertaistuki	
<i>Niin kato, ei sitä hoksaa, kuitekseen on.</i>	yksin ei hoksaa asioita		
<i>Minä olin avuksi.</i>	ryhmäläinen oli avuksi toisille		
<i>ei tarvinnu yksin olla</i>	ei tarvinnut olla yksin	Kannustus	
<i>mää kyllä hirviästi paan tämän ryhmänki piikkiinki sitä, että kannustettiin</i>	ryhmä kannusti liikkumaan		
<i>Nyt taas, ku tänne tuli, nii kyllä siitä semmosta pukkimesta, heti tuntuu semmoselta ”pitäis varmaa jotaki tehdä”.</i>	ryhmätapaamiseen tuleminen kannustaa		
<i>se oli semmonen kannustin</i>	tapaamiset kannustivat		
<i>vaan se [ryhmä] anto kai siihen jonku potkun sitte</i>	sai ryhmältä potkua	Tuki elintapa- muutokseen	
<i>täällä kuitenkin ryhmään kun tuli, niin tavallaan sai sitten sen potkun niinku siihen</i>	sai ryhmästä potkun muutokseen		
<i>mä luulen, että ois aina vaan lykänny ja lykänny</i>	ilman ryhmää olisi vain siirtänyt muutosta		
<i>ennen kaikkea ruokaa minä oon joutunu sillä lailla muuttamaan, siis kahtomaan että ei, siis kaloreita tarkkailemaan aika tarkkaan, ja</i>	ryhmästä ollut apua, kun on onnistunut muuttamaan ruokaa ja oppinut laskemaan kaloreita		

<i>siihen on jo niinku oppinu sillä lailla ja siinä mielessä on kyllä ollu iso apu.</i>			
<i>sitä pitää niinku saaha sitä tukee aina joskus jostaki, että vaikka kuinka ite sen tietää</i>	tarvitsee tukea tiedon lisäksi		
<i>Kyllä se ainaki mua auttanu alakuun nyt siinä painonpuotuksessa, että.</i>	ryhmä auttoi alkuun painonpudotuksessa	Tuki laihduttamiseen	
<i>varmaan ois lykkääntyny ainakin tähän asti, kun sillä miehellä todettiin se sepelvaltimotauti, niin varmaan siihen asti mä oisin eläny ku "ellun kana", kerenny lihua ja saaha sen diabeteksen ja kaikki</i>	olisi lihonut ja sairastunut diabetekseen ilman ryhmää		
<i>Se kuitenkin siitä tulee jotaki. Niin. Ja nyt on se päätös, että se jatkuu, että on se niinku sen saanu aikaan.</i>	ryhmään osallistuminen auttoi tekemään päätöksen, että painonpudotus jatkuu		